

II チェック項目

●介護老人保健施設

- 該当する施設の区分(従来型・ユニット型)について網かけになっている項目をチェックしてください(ただし、一部ユニット型施設についてはすべての項目をチェックしてください)。
- 内容欄の項目について該当のない場合については、該当なしをチェックしてください。

1 基本方針

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 居宅への復帰	施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を支援し、居宅への復帰を目指していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 意思及び人格の尊重	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に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 他機関等との連携	明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村(特別区を含む)、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村(特別区を含む)、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. 人権擁護 ※虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日まで努力義務	入所者の人権擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			従業者に対し、人権擁護、虐待防止の研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. 情報活用	介護老人保健施設サービスを提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定す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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			「科学的介護情報システム(LIFE)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よう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 人員に関する基準

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 医師	常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			常勤の医師を 1 以上配置していますか。 ※併設型の施設は「該当なし」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			病院、診療所と併設されている施設で、複数の医師が勤務する形態の場合、このうち一人は、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理責任を持つ医師となっていますか。 ※単独型の施設は「該当なし」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			上記の施設で、兼務の医師は、日々の勤務体制が明確に定められていますか。 ※単独型の施設は「該当なし」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 薬剤師	実情に応じた適当数を配置していますか。 (入所者の数を 300 で除した数以上が標準)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 看護職員又は介護職員	常勤換算方法で、入所者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上配置していますか。 ※一部ユニット型の場合、ユニット部分と、ユニット部分以外の部分とで、それぞれ 3 : 1 の基準を満たす必要があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			看護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 2 程度、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 5 程度となっていますか。 ※ <u>定員</u> に対する看護・介護職員の必要数の 7 分の 2 以上の看護職員が確保できている場合は、「できている」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			常勤職員を 7 割程度確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. 支援相談員	1 以上（入所者の数が 100 を超える場合にあっては、常勤の支援相談員 1 名に加え、常勤換算方法で、100 を超える部分を 100 で除して得た数以上）配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、以下に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員をあてていますか。 ① 入所者及び家族の処遇上の相談 ② レクリエーション等の計画、指導 ③ 市町村との連携 ④ ボランティアの指導 ※具体的には、①社会福祉士、社会福祉主事 ②大学等で社会福祉に関する科目を履修した者 ③保健医療、福祉行政に一定期間従事した経験のある者 ④保健医療、福祉関係施設に一定期間従事した経験のある者 ⑤保健医療、福祉関係の研修を履修した者 のいずれかであることが必要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上配置していますか。 ※通所リハビリテーションに必要な数は除外してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6. 栄養士又は管理栄養士	常勤の者を 1 以上配置していますか。 (ただし、栄養士又は管理栄養士の業務に支障がない場合には、同一敷地内にある病院等との兼務は可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「はい」の場合※の該当番号を記載【 】

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		7. 介護支援専門員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1人配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			専らその職務に従事する常勤の者を1名以上配置していますか。 ※ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の業務に従事することは可能です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			上記の職員は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との兼務を行わず、施設の業務のみを行っていますか。 ※2人目以降の介護支援専門員については居宅介護支援事業所と兼務することは可能です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. 調理員、事務員その他の従業者	施設の設置形態等実情に応じた適当数を配置していますか。 ※ただし、併設施設との職員の兼業や業務委託等により適切なサービス提供を確保できる場合は配置しなくても可能です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. 入所者の算定	従業者の員数算定のための入所者数は前年度の平均値としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			新規許可施設は適正な推定数により算定していますか。(6ヶ月未満はベッド数の90%。6ヶ月超1年未満は直近6月平均)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 施設及び設備に関する基準

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 療養室	療養室の定員は4人以下となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1人あたりの床面積は8㎡以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室の定員は1人となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室の床面積は10.65㎡以上を標準としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2人部屋がある場合は21.3㎡以上を標準としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			居室はいずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1ユニットの入居定員はおおむね10人以下となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※ただし、敷地や建物の構造上の制約など特別の事情によりやむを得ない場合であって、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、10人を超えるユニットも認められる。					
			上記※の場合であっても下記の要件を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			「おおむね10人以下とし15人を超えない」と言える範囲内の入居定員であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ナースコールを設けていますか。 ただし、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向を検知できる見守り機器を設置することで代用することとして差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室は、鍵の無い構造となっていますか。 ※入所者が中から開けることの出来る鍵の場合は「できている」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 診察室	医師が診察を行うのに適切なものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 機能訓練室	1㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. 談話室	入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. 食堂	2㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6. 共同生活室	他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車いすが支障なく通行できる形状が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1の共同生活室の床面積は、2㎡に当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。 (「標準とする」とは平成17年10月1日に現に存する介護老人保健施設が同日において現に有しているユニットにあつては、建物の構造や敷地上の制約など特別の事情によって当該面積を確保することが困難であると認められたときは上記面積未満であっても差し支えないという趣旨である。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			必要な設備及び備品を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7. 浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			一般浴槽のほか、特別浴槽を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. レクリエーション・ルーム	レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. 洗面所・便所	療養室のある階ごとに設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室ごと又は共同生活室ごとに設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			身体の不自由な者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			便所にはブザー及び常夜灯が設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10. 調剤室	薬剤師が調剤する場合は、調剤室で行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. 廊下	片廊下1.8メートル以上、中廊下2.7メートル以上となっていますか。 ※ユニット型においては、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には1.5メートル以上（中廊下にあつては、1.8メートル以上）として差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			手すり、常夜灯を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			イス等を放置して、入所者の歩行の妨げとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. 消火設備等	消火設備、その他非常災害に際して必要な設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			避難経路に物品を放置して避難の妨げとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. その他	サービスの提供を適切に行うために必要な設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			面積又は数の定めのない設備については、機能を十分に発揮しえる広さ又は数を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設を併設医療機関等と共用する場合は、共用計画を定めて入所者へのサービス提供に支障がないように配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			併設施設がある場合はそれぞれの表示が明確になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ベッド柵を不用意に立てかけるなど、安全面で問題のある対応をしていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			破損した施設及び設備は必要な修理等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ナースコールは正常に動作しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			便所等の常夜灯や避難経路の非常灯が消えていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者が転落する恐れのある窓が全開にならないようにするなど転落防止策を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 運営に関する基準

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 内容及び手続の説明及び同意	サービスの提供開始前に、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）で説明し、入所申込者の同意を得て、交付してありますか。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			重要事項説明には以下の内容が記載されていますか。 ※次の各事項の〔 〕内の事項で記載のないものについて、「・」を○で囲んでください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①運営規程の概要 〔 ・ 開設者情報 ・ 施設情報 ・ 運営方針及び目的 ・ 定員 ・ 留意事項 ・ 非常災害対策 ・ 身体的拘束等原則禁止 ・ 虐待防止措置 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②従業者の勤務体制 〔 ・ 職種 ・ 基準人員数 ・ 実配置人員数 ・ 職務内容 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③利用料及びその他の費用 〔 ・ 基本サービス費 ・ 加算関係 ・ その他の費用 ・ 居住費及び食費の負担限度額 ・ 消費税の課税方法 ・ 居住費の外泊時の取扱 ・ 徴収方法 ・ 利用料変更に係る手続関係 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④事故発生時の対応 〔 ・ 連絡先（市町村） ・ 連絡先（入所者の家族） ・ 対応策 ・ 損害賠償 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤苦情処理の体制 〔 ・ 施設内の処理体制及び連絡先 ・ 連絡先（市町村） ・ 連絡先（国保連） 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥その他入所者の選択に役立つ事項 〔 ・ 協力病院（電話番号・診療科目を含む） ・ 協力歯科（電話番号を含む） 〕 ※その他主な事項を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者又はその家族が理解しやすいように、わかりやすいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 提供拒否の禁止	正当な理由なく、サービスの提供を拒んでいませんか。 ※拒んだ事例・その理由を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 提供困難時の対応	入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の措置を速やかに講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. 受給資格等の確認	被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			③退所年月日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. 利用料等の受領 【法定受領サービス】	法定代理受領サービスに該当する場合、介護報酬告示上の額（算定する加算等を含む）の1割～3割の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			介護報酬告示上の額の1割～3割負担について、公費負担対象となる入所者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			介護報酬告示上の額の1割～3割負担について、高額介護サービス費の所得区分に応じた月額負担上限額を超える場合は、当該上限額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			法定代理受領サービスに該当しない場合に必要となる費用と当該サービスに該当する場合に必要な費用との間に不合理な差額を設けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特別な療養室料】	特別な療養室の定員は、1人又は2人となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該療養室が、居住費の他に特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者から受けるのにふさわしいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該療養室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			実際の当該療養室の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特別な食料】	通常の食事では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行う等することにより必要な費用徴収にふさわしいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。 ※提供ごとに費用が異なる場合には「実費」との規定でも可であるが、別途消費税が必要となることの規定は必要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			支払を受ける額は、当該食事の提供に必要な費用から通常の食事の額を控除した額として、その額に消費税を含めた金額となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該食事の提供に当たっては、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士による入所者ごとの医学的及び栄養学的な管理を行うこととしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			実際の当該食事の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【居住費及び食費】	負担限度額認定者については、居住費及び食費ともに、当該認定証に記載されている負担限度額の範囲内で徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊している入所者のベッドを当該入所者に同意を得た上で短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護として利用している場合は、当該入所者から居住費を徴収していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			従来型個室に入所している入所者で、多床室に係る施設サービス費を算定する場合は、多床室にかかる居住費を徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		【その他の日常生活費】	入所者から居住費及び食費ともに、負担限度額の範囲内で徴収する場合に、特定入所者介護サービス費（補足給付）と整合が図られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			負担限度額認定者であるものの、居住費及び食費についていずれかを負担限度額の範囲内で徴収していない場合は、特定入所者介護サービス費（補足給付）を請求していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複したのものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該費用は、あいまいな名目によるものでなく、費用の内訳を明らかにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該費用について、入所者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を規定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービスの一環として提供される日常生活上の便宜とはいええないものについては、その他の日常生活費とは別に徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			その他の日常生活費以外のものについても、入所者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【預かり金】	預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っていますか。					<input type="checkbox"/>
			①預かり金管理規程を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④入所者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤預かり金の収支状況は、管理者により定期的（毎月）に点検されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			預かり金の管理費用を徴収している場合は、実費相当となっていますか。また、積算根拠は文書等により明確にしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【領収書】	入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を発行していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			領収書には消費税の課税・非課税の区分が明確にされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できて	一部	できて	わから	該当
				いる	でき	いない	ない	なし
		9. 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められるサービス提供証明書を入所者又はその家族に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10. 介護老人保健施設サービスの取扱方針	施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該施設の従業者は、当該施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者がその有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活の支援が行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該施設の従業者は、当該施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			自ら介護保健施設サービスの評価を行い、その改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※提供するサービスの質について、自己評価とそれに基づく改善をどのように行っていますか。					
			居室はカーテン等でプライバシーが守られるよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. 身体拘束の適正化について	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。 ※事故防止委員会及び感染対策委員会については、一体的に設置・運営することも差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																
			委員会をテレビ電話装置等で行う場合、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活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			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」等を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			「身体的拘束適正化検討委員会」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）により構成されているか。 ※構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			委員会では次のことが行われていますか。																					
			① 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			② 身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			③ 委員会において報告された事例を集計し、分析すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			④ 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			指針には以下の項目が含まれていますか。																					
			① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に（年2回以上）実施していますか。 また、身体的拘束等廃止を実現するための正確な事実認識を持つために、大阪府等が行う研修等に参加し、当該施設の従業者の意識啓発に努めていますか。 ・研修参加・実施状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>研修日</th> <th>研修内容</th> <th>研修区分</th> <th>参加職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修日	研修内容	研修区分	参加職種			内部・外部				内部・外部				内部・外部						
研修日	研修内容	研修区分	参加職種																					
		内部・外部																						
		内部・外部																						
		内部・外部																						

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為は、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性を満たす場合）のみに限っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合には、以下の事項を記録し保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①どのような身体的拘束等を行ったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②いつからいつまで身体的拘束等を行ったのか。 ※設定期間は概ね1月となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③その際の入所者の心身の状況はどのようであったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④緊急やむを得ない理由は何か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、入所者本人又は家族に説明し、書面による同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			緊急やむを得ず身体的拘束等を行ったケースについては、ケース検討会議等でとりあげて、他に方法がなかったかどうか検討していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			既に身体的拘束等の原則禁止を実現できていますか。若しくは身体的拘束等をなくしていくための改善計画が作成されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該改善計画には、次の内容が盛り込まれていますか。					<input type="checkbox"/>
			①施設内の推進体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②介護の提供体制の見直し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④施設設備等の改善	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤施設の従業者その他の関係者の意識啓発のための取組	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所者の家族への十分な説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. 施設サービス計画の作成	施設サービス計画は入所後漏れなく遅滞なく作成されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該施設の管理者は、計画担当介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が漏れなく作成者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動等によるサービス等の利用も含めて、施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画の作成に当たって、入所者の有する能力、その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、入所者が自立した日常生活ができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			アセスメントは、入所者及びその家族に面接して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			アセスメントに当たって、面接の趣旨を入所者又はその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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、施設サービス計画原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			以下の事項を盛り込んだ計画の原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①入所者及びその家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②総合的な援助の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④サービスの目標及び達成時期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤サービスの内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥サービスを提供する上での留意事項等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。（テレビ電話装置等の活用可。ただし、入所者や家族から同意を得ること）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画原案について、入所者又はその家族に説明し、文書により同意を得ていますか。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画を入所者に交付していますか。 また、交付したことが分かるように記録を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画作成後は、定期的に入所者に面接してモニタリングを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者が要介護更新認定や区分変更認定を受けた場合には、サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画は、入所者の状態の変化等必要に応じて変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設サービス計画を変更する際にも計画作成同様の一連の手続きを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. 診療の方針	診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果もあげることができるよう適切な指導を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			常に入所者の病状等の的確な把握に努め、入所者又は家族に適切な指導を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			病状が安定している入所者であっても定期的に（少なくとも週1回程度）診察し、その結果を診療録に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行っていませんか。 ※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年3月厚生労働省告示第107号）第五に定める療法等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方していませんか。 ※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年3月厚生労働省告示第107号）第六に定める医薬品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14. 必要な医療の提供が困難な場合の措置等	入所者の病状からみて自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力病院等に入院させ又は対診を求める等必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			不必要に往診を求め、病院もしくは診療所に通院させていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			対診を求める際には、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行っていますか。 ※平成12年老企第59号通知の別記様式またはそれに準ずる様式を使用する必要があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			対診を求めた場合、医師等から必要な情報を入手し、その情報により適切な診療を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			対診を求めた場合に、施設が負担すべき費用が医療保険で請求されないよう注意していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. 機能訓練	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者ごとに訓練の目標、実施計画、実施予定表を設定し、定期的に評価を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者一人について、週2回以上の機能訓練を行っていますか。（集団リハビリテーションのみだけでなく、入所者の心身の状態を適切に評価した上で、必要なりハビリテーションを提供していますか。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所時に情報収集を行い、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、薬剤師、支援相談員、栄養士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「関連スタッフ」という。）がアセスメントとそれに基づく評価を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			関連スタッフにより開始時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原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			リハビリテーション実施計画原案を入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図っていますか。 ※施設サービス計画にリハビリテーション実施計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族に説明し、同意を得た上で交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションやケアを実施するとともに、入所者の状態を定期的に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			おおむね 2 週間以内と 3 月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			アセスメントとそれに基づく評価を行った後、関連スタッフが必要に応じて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の作成や見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			リハビリテーションの記録等の情報は他の職種にも共有されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			また、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			退所前に関連スタッフによる退所前リハビリテーションカンファレンスを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			退所前リハビリテーションカンファレンスの際、退所後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			退所時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や入所者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			主治の医師への診療情報又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員へのケアマネジメントに関わる情報を提供する場合や、アセスメントを行う場合、老老発第 0327001 号の別紙 1 の様式例に準じて作成していますか。 ※サービス提供の記録の写しでも差し支えありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		16. 栄養管理 ※令和6年3月31日までは努力義務	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出来るよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行っているか。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			栄養管理については、入所者の栄養状態を施設入所時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※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ること。 ※なお、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ものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		17. 口腔衛生の管理 ※令和6年3月31日までは努力義務	栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4に沿って行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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出来るよう、口腔衛生管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			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。 イ 助言を行った歯科医師 ロ 歯科医師からの助言の要点 ハ 具体的方策 ニ 当該施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項 （※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ものとする。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(2)の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		18. 看護及び医学的管理の下における介護	看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきをしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入浴日が、祝祭日及び行事等に当たった場合、代替日を設けるなど週2回以上の入浴を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者の日常生活における家事を、入居者がその病状及び心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供していますか。 ※清しきを行うこともって入浴の機会の提供に代えることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			年末年始や祝日においても、入居者の意向に応じて入浴機会を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			看護及び介護は適切に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ベッドに寝たきりとなっている入所者が多くないですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者の負担により、施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし												
			入浴の実施状況 ・一般浴（入所者1人当たり） 週 回 対象者数： 人 入浴日： ・特別浴（入所者1人当たり） 週 回 対象者数： 人 入浴日： ・当日入浴できない者の処遇状況 （ ）																	
			脱衣の際にはプライバシーに配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			入浴前に健康状態を適切に把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			長時間（おおむね30分以上）無為に入浴待ちをさせていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について、トイレ誘導や排泄介助等必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			オムツ使用等の状況 使用者数 人（うち夜間のみ使用者数 人） 定時交換回数 回、トイレ誘導者数 人、誘導回数 回																	
			おむつを使用せざるを得ない入所者に対し、排泄サイクルを把握し、それに応じて交換していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			おむつの交換の際にはプライバシーに配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			褥瘡患者の状況 入所前から 名 入所後発症 名																	
			褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともにその発生を予防するために以下のような体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			①褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度の低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画を作成、実践並びに評価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			②専任の褥瘡予防対策を担当する者を定めること。 職種：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			③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の設置。 構成メンバー（ ） 開催頻度 回／	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			④褥瘡対策のための指針の整備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			⑤介護職員等に褥瘡対策に関する施設内職員継続教育の実施。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			・研修実施状況 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">研修日</th> <th style="width:40%;">研修内容</th> <th style="width:15%;">研修区分</th> <th style="width:35%;">参加職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修日	研修内容	研修区分	参加職種			内部・外部				内部・外部						
研修日	研修内容	研修区分	参加職種																	
		内部・外部																		
		内部・外部																		
		19. 食事の提供	個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うように努めるとともに、入所者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を考慮したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できて	一部	できて	わから	該当
				いる	できて	いない	ない	なし
			入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量を提供していますか。またその栄養量は「日本人の食事摂取基準（2015年版）を踏まえたものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			食事の提供状況（直近1ヶ月の1人1日当たり利用実人員） ① 普通食 人 ② 濃厚流動食 人 ③ 療養食 人（療養食加算を算定している者） ・糖尿病食 人 ・腎臓病食 人（心臓疾患に対する減塩食療法） ・肝臓病食 人 ・胃潰瘍食 人 ・貧血食 人 ・脂質異常症食 人 ・膵臓病食 人 ・痛風食 人 ・特別な場合の検査食 人					
			食事は、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂又は共同生活室で行われるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により食事の自立について必要な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			その際、共同生活室で食事を摂るよう強制していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			食事時間は適切なものとなっていますか。 ※夕食時間は午後6時以降が望ましいが、早くても午後5時以降とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			配膳時間 朝（ ）、昼（ ）、夕（ ）					
			業務委託している場合には、下記の項目について施設自らが行っていますか。					<input type="checkbox"/>
			①栄養管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②調理管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③材料管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④施設等管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤業務管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥衛生管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦労働衛生管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事の的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門の連携並びに食事内容の検討が行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者に対して適切な栄養食事相談を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			食事内容については、当該施設の医師又は栄養士を含む会議において検討されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			食事の安全面、衛生面は確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			以下の食事関係書類を作成していますか。					<input type="checkbox"/>
			①検食簿（栄養マネジメント未実施施設のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②喫食調査結果（栄養マネジメント未実施施設のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③食事せん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④献立表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤入所者の入退所簿（栄養マネジメント未実施施設のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥食料品消費日計（栄養マネジメント未実施施設のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			調理及び配膳に伴う衛生管理について、食品衛生法等関係法規を遵守していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			配膳にあたる職員は事前の手洗い等、衛生状態を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			配膳等を入居者とともに行う場合に、入居者の衛生状態も確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			調理職員等は定期的（月1回以上）に検便を行っていますか。（夏季は月2回が望ましい）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			食材及び調理済み食品を2週間分以上保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			食事の嗜好を栄養ケアマネジメント等により把握し、残食結果（喫食状況）を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			検食は毎食前に行われ、その結果が検食簿に記録されていますか。検食簿には、衛生面の項目（異物の混入・適切な加熱状況・異味異臭）が設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			検食時間 朝（ ）、昼（ ）、夕（ ）					
			嗜好調査を定期的（3月に1回程度）を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			喫食調査（残食調査）を行い、記録を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		20. 相談及び援助	常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		21. その他のサービスの提供	適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室は、家族や友人が気軽に来訪・宿泊することができるように配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族の交流等の機会を確保するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		22. 入所者に関する市町村へ	入所者について、以下のいずれかに該当する状況が生じた場合、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		の通知	① 正当な理由なしに介護老人保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		23. 管理者による管理	管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。 ※ただし、管理上支障がない場合は、同一敷地内にある事業所、施設等の職務に従事することができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		24. 管理者の責務	管理者は、当該施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			管理者は、従業者に当該施設に係る「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		25. 計画担当介護支援専門員の責務	計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成の業務以外に、次の業務を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			① 入所に際して、居宅介護支援事業所に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて、定期的な検討及びその内容等の記録。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③ 退所に際し、居宅介護支援事業所に対して情報を提供するほか、保健医療サービス・福祉サービスを提供する者との密接な連携。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④ 苦情の内容等の記録（内容の把握でも可）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録（内容の把握でも可）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		26. 運営規程	以下に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			① 施設の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 従業者の職種、員数及び職務内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③ 入所定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④ ユニットの数及びユニットごとの入居定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤ 入所者に対する介護保健施設サービスの内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥ 利用料その他の費用の額 ※以下の事項で記載のないもの「・」を○で囲んでください。 ・ 施設が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外） ・ 居住費及び食費の負担限度額 ・ 居住費の外泊時の取扱い ・ 消費税の課税の有無 ・ 利用料変更に係る手続関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑦ 施設の利用に当たっての留意事項 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			⑧非常災害対策 ⑨虐待の防止のための措置に関する事項 ⑩その他施設の運営に関する重要事項 ・身体的拘束等の原則禁止 ・虐待防止に関する事項 ・その他の重要事項 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		27. 勤務体制の確保等	事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員等の配置等を明確にしていますか。 勤務表は、予定と実施を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			昼間については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			認知症ケア加算を算定する施設にあっては、日中の職員配置について、単位ごとに常時 1 名以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 認知症ケア加算を算定する施設にあっては、夜間及び深夜について、2 単位ごとに 1 名以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			休日・夜間の職員に、看護職員が配置されていますか。 休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制を取っていますか。 委託が認められている業務を除いては、施設の職員によってサービスを提供していますか。 タイムカード等を利用して、職員の勤務時間の確認等を行っていますか。 すべての職員に、勤務先及び勤務時間等を明記した辞令を交付していますか。 人事記録を整備していますか。 退職者には、退職辞令を交付していますか。 非常勤職員も含めた全ての職員に、雇用契約書等による勤務条件の明示を行っていますか。 公正採用選考人権啓発推進員を置いていますか。 ※人事権のある常時使用 25 名以上の事業所。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【職員検診】	職員の健康診断は年 1 回（夜勤を行う職員については年 2 回）行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																
		【研修機会の確保】	従業者の資質の向上のため、計画的な研修を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			全ての従業者（看護職員、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する有資格者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。また、新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。																					
			入所者の意思と人格を尊重したサービスを提供するため、職員の人権意識の向上を図るための研修を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			人権研修の実績について																					
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>開催日</th> <th>研修内容</th> <th>研修区分</th> <th>参加職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	開催日	研修内容	研修区分	参加職種			内部・外部				内部・外部				内部・外部						
開催日	研修内容		研修区分	参加職種																				
		内部・外部																						
		内部・外部																						
		内部・外部																						
		研修に参加する職員に偏りはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		研修内容を研修参加職員以外に還元できる体制が整備されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		【ハラスメント対策】	適切適正な介護保健施設サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、中小企業（資本金が3億円以下又は常時使用する従業員の数が300人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			パワーハラスメント指針においては、介護現場では特に、入所者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			28. 業務継続計画の策定	感染症や非常災害発生時において、入所者に対するサービス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）を策定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		※令和6年3月31日までは努力義務	業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。 ①感染症に係る業務継続計画 イ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） ロ 初動対応 ハ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②災害に係る業務継続計画 イ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） ハ 他施設及び地域との連携	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			業務継続計画を従業者に対して周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			研修について、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			訓練を定期的（年2回）に実施しているか。 ※訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		29. 定員の遵守	入所定員を常に守っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			療養室の定員は常に守っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ユニットごとの入居定員を常に守っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		30. 非常災害対策	非常災害に対する具体的計画を立てていますか。 ※非常災害に関する具体的計画とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>非常災害対策計画策定に盛り込む具体的な項目（例） ※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。</p> <p>1 立地条件 <input type="checkbox"/> 施設等の立地条件 <input type="checkbox"/> 周辺地区の過去の災害発生状況 <input type="checkbox"/> 災害の発生予測</p> <p>2 情報の入手方法 <input type="checkbox"/> 情報の入手方法（テレビ、ラジオ、パソコン、携帯電話等）</p> <p>3 災害時の連絡先及び通信手段の確認 <input type="checkbox"/> 災害時の職員間の連絡体制 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の体制整備（自治体、消防、医療機関、家族等） <input type="checkbox"/> 通常連絡手段が通じない場合の連絡方法</p> <p>4 避難を開始する時期、判断基準 <input type="checkbox"/> 避難開始時期の判断基準 <input type="checkbox"/> 臨時休業の判断基準、利用者への連絡方法（通所系事業所の場合）</p> <p>5 避難場所 <input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認 <input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認 <input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定</p> <p>6 避難経路 <input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定 <input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成 <input type="checkbox"/> 所要時間</p> <p>7 避難方法 <input type="checkbox"/> 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩、ストレッチャー）</p> <p>8 災害時の人員体制、指揮系統 <input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】 <input type="checkbox"/> 職員の参集基準【日中・夜間】</p> <p>9 停電・断水時の対応（※訪問・通所は必須でない） <input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか <input type="checkbox"/> 断水を想定した対策を検討していますか</p> <p>10 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 関係機関（市町村、警察、消防等）との連携体制の整備 <input type="checkbox"/> 地元自治会との連携体制の整備有無</p>					
			<p>非常災害に備えるため、定期的（年 2 回以上）に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p>	□	□	□	□	□

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																								
			年に1回は、夜間を想定した訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			・避難訓練の実施状況 ※前年度の実施状況を記入してください																													
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>実施日</th> <th>発生想定時間</th> <th>消防署の立入</th> <th>入所者の参加</th> <th>地域の参加</th> <th>記録</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>日中・夜間</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日中・夜間</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日中・夜間</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table>	実施日	発生想定時間	消防署の立入	入所者の参加	地域の参加	記録		日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無		日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無		日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無					
実施日	発生想定時間	消防署の立入	入所者の参加	地域の参加	記録																											
	日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無																											
	日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無																											
	日中・夜間	有・無	有・無	有・無	有・無																											
			地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			消防計画の樹立及び消防業務の実施は、防火管理者が行っていますか。 消防計画の提出 年 月 日 防火管理者 職種：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			地震防災マニュアルを作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			避難訓練は、火災・地震だけでなく施設の状況により「津波」「土砂災害」「風水害」等を想定した訓練を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			非常時に備え備蓄を行っていますか。 ①食糧・飲料水及び生活必需品等の備蓄を行っていますか。 (生活必需品) 医薬品、毛布、紙おむつ、簡易トイレ、暖房器具、携帯電話用バッテリーチャージャー、懐中電灯 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			②備蓄は入所者分のみでなく、職員分も備蓄していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			③備蓄は3日分程度確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			福祉避難所の指定を受けていますか。 ※指定を受けている場合、受け入れ人数(名程度) 受け入れている場合、受入人数分の備蓄を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		31. 衛生管理	入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理及び施設内の悪臭対策は適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			食品の保管設備、食器の消毒・保管方法等は大量調理衛生管理マニュアルに沿って行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
			簡易専用水道(受水槽)を使用している場合、年1回法定検査を受けていますか。 法定検査受検日 年 月 日 清掃実施日 年 月 日 水質検査実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			貯水槽を使用している場合、清掃を年1回以上行っていますか。 清掃実施日 年 月 日 水質検査実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			井戸水を使用している場合、必要な水質検査を実施し、適切に衛生管理を行っていますか。 水質検査実施日 年 月 日 残留塩素測定頻度 回/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、常に0.4mg/l以上に保たれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②浴槽水を適切（1週間に1回以上）に交換し、清掃を行っている。 ※浴槽水交換頻度 回/ 週	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認している。 （高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい） 1回目：時期 結果 2回目：時期 結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			シーツ交換は週1回以上行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置いていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			医薬品及び医療用具の管理は適切ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			麻薬を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。					<input type="checkbox"/>
			①麻薬施用者免許を受けた医師が処方していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②保管は固定式等容易に持ち運びができない麻薬専用金庫を使用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③専用の麻薬帳簿を作成し、譲受、交付、廃棄、事故を記録し2年間保管していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④麻薬の譲受に際して譲渡証と引替えに譲受証を交付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤麻薬の廃棄にあたっては、麻薬取り締まり員等の立会のもとで行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥院外処方箋を発行する場合は必要な事項を記載していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			向精神薬を処方している場合、次の事項を遵守していますか。					<input type="checkbox"/>
			①譲受を記録（卸業者からの向伝票で可）し、2年間保存していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②従事者が在室していない場合は施錠保管していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③廃棄する場合、焼却や希釈等回収が困難な方法で行い、記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			④盗難・紛失等した場合、速やかに大阪府薬務課に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			覚せい剤原料を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。					<input type="checkbox"/>
			①譲受を記録し、2年間保存していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②保管は覚せい剤原料専用の保管庫や施錠できる引出等に保管していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③施設間で譲受、譲渡、貸借をしないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④帳簿を作成し、記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			冷蔵庫に医薬品と食品を混在させていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			感染症予防の観点から、共用タオルや固形石けんを使っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			手指消毒薬剤または消毒器を設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			洗剤等の危険物が認知症の入所者の手が届くところに放置されていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講ずるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等について、別途通知等に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			下記の感染症マニュアルを整備していますか。					
			①MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③疥癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④O-157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤ノロウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（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）を概ね3月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じて随時開催し、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			委員会の構成メンバー（ 人数 人 開催頻度 回/ 記録の有無 有・無					
			専任の感染対策を担当する職員（看護師が望ましい）を決めていますか。 職種：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																				
			<p>当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応が規定されていますか。 また、発生時における施設内の連絡体制や医療機関等の関係機関への連絡体制が明記されていますか。</p> <p>職員に対し感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を年2回以上定期的に開催していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>職員に対し感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を年2回以上定期的に開催していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>・研修実施状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>研修日</th> <th>研修内容</th> <th>研修区分</th> <th>参加職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>業務委託業者に対する指針の周知 実施・未実施</p>	研修日	研修内容	研修区分	参加職種			内部・外部				内部・外部				内部・外部										
研修日	研修内容	研修区分	参加職種																									
		内部・外部																										
		内部・外部																										
		内部・外部																										
			<p>感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的（年2回以上）に実施していますか。 ※令和6年3月31日までは努力義務</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとなっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>食中毒（0-157含む）及び感染症の発生を防止するために必要に応じ保健所の助言、指導を求めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>感染症や食中毒を疑ったときは、感染症管理体制の徹底を図るための体制整備や感染症の対応方策が整備されていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
		32. 協力病院	<p>協力病院を定めていますか。 ※協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>・協力病院の概要</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>契約書等</th> <th>搬送想定時間</th> <th>診療科目</th> <th>病床数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>有・無</td> <td>分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>有・無</td> <td>分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>有・無</td> <td>分</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	名称	契約書等	搬送想定時間	診療科目	病床数		有・無	分				有・無	分				有・無	分							
名称	契約書等	搬送想定時間	診療科目	病床数																								
	有・無	分																										
	有・無	分																										
	有・無	分																										
			<p>協力病院は救急治療に対応できますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>協力病院にはおおむね20分以内に搬送できますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>入所者の入院や休日夜間の対応について取り決めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
			<p>協力歯科医療機関を定めていますか。 ※協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できて	一部	できて	わから	該当なし
				いる	できている	ない	ない	
		36. 苦情処理	相談窓口（当該施設、市町村、国保連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を掲示していますか。 苦情解決責任者職・氏名（ ） 苦情受付担当者職・氏名（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			市町村からの求めがあった場合、上記の改善の内容を市町村に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、国保連から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			国保連からの求めがあった場合、上記の改善の内容を国保連に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			第三者委員（オンブズマン）を設置し、苦情解決に努めていますか。 ※置いていない場合は「できていない」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		37. 地域との連携	施設の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めていますか。 （例：ボランティアの受け入れ、地域自治会との交流）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設の運営に当たっては、提供したサービスに関する入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		38. 事故発生の防止及び発生時の対応	事故発生防止のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該指針には、次の事項が盛り込まれていますか。					
			①施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例及び現状を放置しておく介護事故に結び付く可能性が高いものの報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤介護事故等発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑦その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			事故発生防止のための委員会（テレビ電話装置等の活用可）を設置していますか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			委員会の構成メンバー（ 人数 人 開催頻度 回/ 記録の有無 有・無 ）																					
			専任の安全対策を担当する者を決めていますか。 職種：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			事故発生の防止のための研修を、年2回以上開催していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			・研修実施状況 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">研修日</th> <th style="width:50%;">研修内容</th> <th style="width:20%;">研修区分</th> <th style="width:20%;">参加職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修日	研修内容	研修区分	参加職種			内部・外部				内部・外部				内部・外部						
研修日	研修内容	研修区分	参加職種																					
		内部・外部																						
		内部・外部																						
		内部・外部																						
			サービス提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			上記の事故の状況及び事故に際して採った措置について記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			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、当該事実が事故発生防止のための委員会に報告され、その原因等の分析を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			その分析を通じた改善策を職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行えるよう体制（保険加入、積立金）をとっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			事故対応マニュアル又はそれに準ずるものを作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			当該マニュアル等は全ての職員に周知が図られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
			事故発生を防止するための体制として、委員会・研修・訓練を適切に実施するための専任の担当者を配置しているか。 ※当該担当者としては、事故防止検討委員会において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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
		39. 虐待の防止	虐待の発生またはその再発を防止するため、虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、結果について従業者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できて	一部できて	できて	わからない	該当なし
				いる	いる	いない		
			<p>虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。</p> <p>イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること</p> <p>ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること</p> <p>ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</p> <p>ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</p> <p>ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること</p> <p>ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること</p> <p>ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			虐待の防止のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>「虐待の防止のための指針」には、次のような項目が盛り込まれているか。</p> <p>イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方</p> <p>ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項</p> <p>ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p>ニ 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>ホ 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>ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p>ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>チ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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（年2回以上）に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			研修を適切に実施するための担当者を置いていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		40. 会計の区分	介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業との会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		41. 記録の整備	従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			記録者は特定できますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			各記録が鉛筆書きではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>入所者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間（提供した施設サービスの具体的な内容等の記録については提供した日から5年間）保存していますか。</p> <p>※診療録を含む。ただし、診療録については、医師法第24条第2項の規定により5年間保存が必要</p> <p>※「その完結の日」とは、個々の入所者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、入所者の死亡、入所者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①施設サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②居宅への復帰の可能性についての検討の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			③診療録その他サービス提供の内容に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤市町村への通知に係る記録 (Ⅱ-4「入所者に関する市町村への通知」を参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		42. 広告制限	広告は下記事項に限定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①施設の名称、電話番号及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②施設に勤務する医師及び看護職員の氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③施設及び構造設備に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④職員の配置数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤提供されるサービスの種類及び内容(医療内容に関するものを除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥利用料の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦その他堺市長の許可を受けた事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		43. 電磁的記録等	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。					
			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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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					
			電磁的方法による交付は、基準省令第5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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			電磁的方法による締結は、入所者等・施設等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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		44. 開設許可等の変更許可	入所定員その他下記の事項を変更しようとしたときは、堺市長の許可を受けていますか。					<input type="checkbox"/>
			①敷地の面積及び平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示)並びに施設及び構造設備の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			④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（入所定員又は療養室の定員の減少は含まず）にかかる部分）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約内容（協力病院の変更に限る。協力歯科医療機関の場合は当該歯科医療機関の名称及び契約内容）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		45. 開設許可等の変更届出	開設者の住所その他下記の事項に変更があったときは、10日以内にその旨を堺市長に届け出ていますか。					<input type="checkbox"/>
			①施設の名称及び開設の場所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③開設者の定款、寄附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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥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に係る部分を除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力病院を変更しようとするときに係るものを除く。協力歯科医療機関の場合は当該歯科医療機関の名称及び契約内容）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑨役員の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑩介護支援専門員の氏名及びその登録番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 介護給付費の算定及び取扱い

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 端数処理	算定される単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 介護保健施設サービス費	<p>入所の日数については、入所日及び退所日の両方を含めて、施設サービス費を算定していますか。 ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。</p> <p>当該施設と短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合、当該施設へ入所した日は入所の日数に含め、退所した日は入所の日数に含めず、施設サービス費を算定していますか。</p> <p>①当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合</p> <p>②当該施設と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合</p> <p>当該施設と病院又は診療所の医療保険適用病床（以下単に「医療保険適用病床」という。）が次の位置関係にある場合、当該施設へ入院した日又は退院した日は入院の日数に含めず、施設サービス費を算定していますか。</p> <p>①当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合</p> <p>②当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合</p> <p>入所者の住居環境の違いに応じて所定単位数を算定していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【施設基準】						
		基本型	（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）の（ⅰ）又は（ⅱ）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			①看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（退所時指導等）	③居宅への退所時に、入所者及び家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（退所後の状況確認）	④退所者（施設内で死亡した者及び施設退所後直ちに病院又は診療所へ入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度施設へ入所した者を除く）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあつては14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（リハビリテーションマネジメント）	⑤入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			⑥当該施設の医師が、リハビリテーションの実施にあたり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意点、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			在宅復帰・在宅療養支援等指標（※）A から J の各指標により算定した数の合計が 20 以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			（※）在宅復帰・在宅療養支援等指標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		A 在宅復帰率	算定日が属する月の前 6 月間の退所者のうち、居宅で介護を受けることになった者（入所が 1 月間を超えた者に限る）の割合 (50%超=20 30%超=10 30%以下=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		B ベッド回転率	30.4 を平均在所日数で除して得た数 (10%以上=20 5%以上=10 5%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C 入所前後訪問指導割合	入所期間が 1 月超と見込まれる者の入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後の居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の割合 (30%以上=10 10%以上=5 10%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		D 退所前後訪問指導割合	入所期間が 1 月超と見込まれる者の退所前 30 日以内又は退所後 30 日以内に退所後の居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対し退所後の療養上の指導を行った者の割合 (30%以上=10 10%以上=5 10%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		E 居宅サービスの実施数	施設（併設病院等含む）において行っている居宅サービス（訪リハ、通リハ、短療）の数 (3種類全て=5 訪リハ含む2種類=3 訪問リハ含まず2種類=1 0,1種類=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		F リハ専門職の配置割合	常勤換算方法で算定したリハ専門職の数を入所者の数で除した数に 100 を乗じた数 (5 以上 (PT, OT, ST いずれも配置)=5 5 以上=3 3 以上=2 3 未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		G 支援相談員の配置割合	常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に 100 を乗じた数 (3 以上=5 2 以上=3 2 未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		H 要介護 4 又は 5 の割合	算定日が属する月の前 3 月間における入所者のうち、要介護 4 又は 5 の者の占める割合 (50%以上=5 35%以上=3 35%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		I 喀痰吸引の実施割合	算定日が属する月の前 3 月間の入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合 (10%以上=5 5%以上=3 5%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		J 経管栄養の実施割合	算定日が属する月の前 3 月間の入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合 (10%以上=5 5%以上=3 5%未満=0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			合計点数 【 】					
		在宅強化型	（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（I）の（ii）又は（iv）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			施設基準①～⑥に該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			在宅復帰・在宅療養支援等指標（※）A から J の各指標により算定した数の合計が 60 以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			地域に貢献する活動を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること（個別に20分程度）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		その他	（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）の（i）又は（ii）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【従来型個室に入所していた者の取扱い】	従来型個室の入所者であって多床室に係る介護保健施設サービス費を算定する場合、以下の基準を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			①平成17年9月30日において従来型個室に入所している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所している場合で、かつ平成17年9月1日から30日までの間に特別室料を徴収していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であること。 ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③従来型個室の床面積が8.0㎡未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が判断した者であること。 ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【夜勤職員】	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。 ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たさず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）入所者全員について減算となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【定員超過】	入所者数が定員を超過した場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【人員欠如】	看護職員・介護職員の員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たさず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）入所者全員について減算となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者の全員について所定単位数を減算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②1割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数を減算していますか。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			医師の員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 （翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 （翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 (翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【ユニットケア体制】	ユニットにおける職員の員数が、以下のユニットにおける職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特定入所者介護サービス費(補足給付)】	居住費及び食費におけるを負担限度額の範囲内で徴収する場合に限って当該費用を請求していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			負担限度額認定者であるものの、居住費又は食費についていずれかを負担限度額を超えて徴収している場合は、当該費用を請求していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			居住費又は食費について負担限度額よりも低い額で徴収する場合、基準費用額と負担限度額との差額で請求していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊時に居住費を入所者から徴収する場合(短期入所療養介護未利用)で、当該費用を請求するときは、当該外泊時費用算定期間内となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊中の初日又は最終日に食事の提供を行わなかった場合、負担限度額認定証の交付を受けた者の当該日に係る補足給付を請求していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 身体拘束廃止未実施減算	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第13条第5項6項、43条第7項8項に規定する身体拘束等を行う場合の記録及び措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			上記の記録、措置を講じていない事実が生じた場合に、次の事項を行っていますか。					<input type="checkbox"/>
			①速やかに改善計画を堺市長に提出している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②改善計画提出後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を堺市長に報告している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③上記①・②の手続きを行った上で、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間、入所者全員について所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. 安全管理体制未実施減算 ※令和3年9月30日までは当該減算は適用されない。	以下の基準を満たさない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※介護老人保健施設基準第36条第1項を満たしていること。 ①事故発生防止の指針を整備しているか。 ②事故が発生した場合に、報告され改善策を従業者に周知する体制を整備しているか。 ③事故発生防止の委員会を開催しているか。 ④事故発生防止に関する研修を年2回以上開催しているか。 ⑤事故発生防止のための担当者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>安全管理体制未実施減算については、介護老人保健施設基準第 36 条第 1 項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算しているか。</p> <p>※なお、令和 3 年改正省令の施行の日から起算して 6 月を経過するまでの間、経過措置として、当該減算は適用しない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>5. 栄養管理未実施減算 ※令和 6 年 3 月 31 日までは当該減算は適用されない。</p>	<p>以下の基準を満たしていなければ、1 日につき 14 単位を減算していますか。</p> <p>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、所定単位数が減算されることとする（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。）。</p> <p>人員基準における栄養士又は管理栄養士を配置していますか。</p> <p>計画的な栄養管理（運営基準 17 条の 2）を実施していますか。</p> <p>①入所者の栄養状態を入所時に把握し、栄養ケア計画を作成 ②栄養状態を定期的に記録 ③計画の進捗状況を定期的に評価</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>6. 夜勤職員配置加算</p>	<p>以下の基準を満たす場合に、1 日につき 24 単位を算定していますか。</p> <p>夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が次のとおりとなっていますか。</p> <p>①入所者等の数が 41 人以上にあつては、20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 を超えている。</p> <p>②入所者等の数が 40 人以下にあつては、20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、1 を超えている。</p> <p>③夜勤を行う職員の数は、一日平均夜勤職員数とし、暦月ごとに夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続 16 時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に 16 を乗じて得た数で除することによって算定している。 （小数点第 3 位以下は切り捨て）</p> <p>④認知症ケア加算を算定している場合は、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たしている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>7. 短期集中リハビリテーション実施加算 ※施設区分が「その他」の場合は算定不可</p>	<p>以下の基準を満たす場合に、1 日につき 240 単位を所定単位数に加算していますか。</p> <p>①リハビリテーション実施計画書に、集中的なりハビリテーションを行う明確な必要性を位置付けている。</p> <p>②入所（起算）日から 3 月以内の期間に実施している。</p> <p>③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 月以内の期間において、20 分以上の個別リハビリテーションを、1 週につきおおむね 3 日以上、集中的に実施している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			④当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合となっている。ただし、以下の場合はこの限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後3月に満たない期間に4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に該当する場合に算定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後3月に満たない期間に4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者に該当する場合に算定している。 ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者 イ 上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	以下の基準を満たす場合に、1週に3日を限度として1日につき240単位を所定単位数に加算していますか。					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	①認知症であると医師が判断した者で、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である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②リハビリテーション実施計画書に、集中的なりハビリテーションを行う明確な必要性を位置付けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③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月以内の期間において、個別に医師又は理学療法士等と入所者が1対1で、1週に3日を限度とし、1回につき20分以上実施している。 ※時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④認知症入所者の在宅復帰を目的とした、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となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤当該リハビリテーションに関わる医師は、精神科医師も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となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥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) においておおむね5点から25点に相当する者となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			当該加算は、当該入所者が過去3月の間に、当該加算を算定していない場合に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期集中リハビリテーション実施加算を算定した上で、当該リハビリテーション実施加算を算定する場合には、それぞれが基準を満たし、別々に両りハビリテーションを実施したことがわかるよう記録等を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. 認知症ケア加算	認知症専門棟において、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合に、1日につき76単位を所定単位数に加算していますか。					<input type="checkbox"/>
			認知症専門棟は、次の基準を満たしていますか。					
			①日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者と他の入所者を区別していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②他の入所者と区別して上記認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うのに適当な次に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。 ・専ら上記認知症の入所者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の入所者等を入所させるものでないもの。 ・入所定員はおおむね40人となっていること。 ・入所定員の1割以上の個室を設けていること。 ・療養室以外の生活の場として入所定員1人当たりの面積が2㎡以上のデイルームを設けていること。 ・30㎡以上の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のための施設（家族介護教室等）を設けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者数は10人を標準としていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤ユニット型施設でないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算の対象となる入所者は日常生活自立度によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めたものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			認知症専門棟の勤務体制は次の基準を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			①日中について入所者10人に対して常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②夜間及び深夜について、入所者20人に対し1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		10. 若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合、若年性認知症入所者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算していますか。					<input type="checkbox"/>
			受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を決めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			個別の担当者を中心に当該入所者の特性やニーズに応じたサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			別に認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合には算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. 外泊時費用	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定していますか。 ※外泊には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族との旅行に行く場合の宿泊等も含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊の初日及び最終日は介護保険施設サービス費を算定しますが、外泊の期間中にそのまま退所した場合、退所した日は外泊時費用で算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊期間中にそのまま併設医療機関（医療保険適用病床）に入院した場合には、当該費用を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所者が外泊中で、外泊時費用の算定期間中に、当該ベッドを短期入所療養介護として活用する場合は、以下の要件を満たしていますか。					<input type="checkbox"/>
			①入所者から書面による同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②入所者の外泊時費用は算定していない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. 在宅サービス利用時の費用	入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定していますか。 ※退所に係る初日及び最終日は算定せず、外泊時間加算を算定する場合は算定しない。					<input type="checkbox"/>
			① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③ 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>④ 家族等に対し次の指導を事前に行っていますか。</p> <p>イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</p> <p>ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導</p> <p>ハ 家屋の改善の指導</p> <p>ニ 当該入所者の介助方法の指導</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤ 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合は算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦ 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生活介護に活用することは可能であるが、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していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. ターミナルケア加算	<p>以下の基準を満たす場合に、ターミナルケア加算として、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき80単位、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき160単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき820単位を、死亡日については1日につき1650単位を、死亡月に所定単位数を加算していますか。</p> <p>※ただし、退所した日の翌日から死亡日までは算定不可。退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合は、当該加算は算定できません。</p>					<input type="checkbox"/>
			① 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>③ 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ、随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。</p> <p>※ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、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・ケアの方針が実施できるよう、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ること。</p> <p>※本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要です。</p> <p>※本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っている場合には、当該加算は算定可能です。この場合、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や家族や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載しておく必要があります。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			④退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定は可能であるが、当該加算は死亡月にまとめて算定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書で同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所者が外泊した場合(外泊加算を算定した場合を除く。)には、当該外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、当該加算を算定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦当該加算を算定するに当たって、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合は、その意向に沿えるよう考慮している。なお、個室に移行した場合の入所者については、経過措置(多床室算定)の対象としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 【施設・短期・予防短期】	以下の要件を満たす場合に、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(1日につき34単位)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)(1日につき46単位)を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
		加算(Ⅰ) 加算型	在宅復帰・在宅療養支援等指標により算定した数が40以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			地域に貢献する活動を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		加算(Ⅱ) 超強化型	(ユニット型)介護老人保健施設サービス費(Ⅰ)の(i)又は(iii)を算定していること(基本型)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			在宅復帰・在宅療養支援等指標により算定した数が70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) ※施設区分が「その他」の場合は算定不可	下記基準に該当し届出をしている場合、入所中1回を限度として450単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定している場合について、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、入所中1回を限度として算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②当該者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も、同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>④入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定しないようにしていますか。 イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧入所前後訪問指導加算（Ⅱ）を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	<p>①入所前後訪問指導加算（Ⅰ）算定の際の施設サービス計画の策定等に当たり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等の職種が会議（テレビ電話装置等の活用可）を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に1回に限り480単位を算定していますか。</p>					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	<p>イ 生活機能の具体的な改善目標を定めていますか。 ※当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また、入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排せつ等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めていること。</p> <p>ロ 退所後の生活に係る支援計画を含めていますか。 ※入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者及びその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者及びその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>③入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定しないようにしていますか。 イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、 管理 栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			⑤入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦入所前後訪問指導加算（I）を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		16. 初期加算	入所した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日につき 30 単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
			当該入所者が過去 3 月間の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定していますか。（ただし、認知症の日常生活自立度によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は過去 1 月間）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合（短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。）は、入所直前の短期入所療養介護の利用日数を 30 日から控除して得た日数に限り算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			「入所日から 30 日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		17. 再入所時栄養連携加算	下記基準に適合し、届け出ている場合、入所者 1 人につき 1 回を限度として 200 単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	(1) 施設入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(2) 嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(3) 当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(4) 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(5) 栄養管理未実施減算に該当していない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(6) 定員超過及び人員欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		18. 退所時等支援等加算 ※施設区分が「その他」の場合は算定不可	※「入所期間が1月を超える」とは、民法の規定を準用します。ただし、入所の日数については算定基準及び留意事項において「原則として入所等した日及び退所等した日の両方を含む」と規定されていることから入所初日が起算日となります。期間の満了は民法の規定により起算日の応答する日の前日となるため、例えば、3月1日入所の1月を超える日とは4月1日以降となります。(以下、特別の規定のない期間計算は同様の取扱いになります。【介護保険法第201条、民法第138～143条】)					
		【試行的退所時指導加算】	退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として1回につき400単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			試行的退所時指導の内容は、以下のようなものになっていますか。					
			①食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③家屋の改善の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④退所する者の介助方法の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			試行的退所を行うにあたっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活できるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所してその居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			外泊時費用を併せて算定する場合は、試行的退所中の入所者の状況の把握を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			試行的退所期間中に、当該入所者のベッドを短期入所療養介護に活用する場合は、当該入所者の同意を得ており、また、外泊時費用を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			試行的退所期間中は、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用はしていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			試行的退所期間が終了しても、居宅に退所できず、介護老人保健施設で療養を続ける場合、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算について、次の場合には算定していませんか。					
			①退所して病院又は診療所へ入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②退所して他の介護保険施設へ入所又は入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし	
			③死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			医師、看護職員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		【退所時情報提供加算】	入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合、当該入所者の退所後の主治医に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書（平成12年老企第40号通知の別紙様式2）を添えて紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り500単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>	
			入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、退所先が居宅と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、老企第40号の別紙様式2又はそれに準じた様式に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付していますか。 ※それに準じた様式とは、別紙様式2に掲げられている項目に漏れがないもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算について、次の場合には算定していませんか。						
			①退所して病院又は診療所へ入院する場合 ②退所して他の介護保険施設へ入所又は入院する場合 ③死亡退所の場合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		19. 入退所前連携加算	入所者1人につき、1回を限度として算定する。 入退所前連携加算（Ⅰ）600単位・・・①②に該当 入退所前連携加算（Ⅱ）400単位・・・②に該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			①入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て退所後の居宅介護サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			②入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		【訪問看護指示加算】	入所者の退所時に、当該施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護・指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に入所者1人につき1回を限度として300単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			当該施設から交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間を1月であるものとみなしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該訪問看護指示書の様式は、「介護老人保健施設からの退所時における老人訪問看護指示加算に係る訪問看護指示書の様式について（平成12年老健第96号）」によるものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			訪問看護指示書を、当該退所者又はその家族等を介して指定訪問看護ステーション等に交付する場合は、交付先事業所がどこであるかの記録を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			訪問看護を指示した当該施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		20. 栄養マネジメント強化加算	以下の基準を満たし、入所者ごとに継続的な栄養管理を強化して実施した場合は、1日につき11単位を算定しているか。					<input type="checkbox"/>
			①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式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③②に規定する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、問題がある場合は、早期に対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤定員超過及び人員欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			常勤換算方法で管理栄養士を算出するにあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含めていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第4に基づき行っているか。 ただし、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すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし	
			厚生労働省への情報の提出については、L I F E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、L I F E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 (P D C Aサイクル) により、サービスの質の管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		21. 経口移行加算 ※施設区分が「その他」の場合は算定不可	(1)以下の基準を満たす場合で、1日につき28単位を算定していますか。 ①現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としている。 ②当該栄養管理及び支援が必要であるとした医師の指示が、診療録等に記載されている。 ③医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成している。 ※施設サービス計画に経口移行計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができます。 ④経口移行計画について、栄養ケア計画と一体のものとして作成している。 ⑤作成した経口移行計画について、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ている。 ⑥経口移行計画に基づき支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算している。 ⑦入所者又はその家族の同意を得た日から180日を超えて実施する場合は、経口による食事摂取が一部可能な者であって、おおむね2週間ごとの医師の指示に基づき、継続して経口による食事摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合に限っている。 ⑧継続して当該栄養管理及び支援が必要であること及び概ね2週間ごとの医師の指示が、診療録等に記載されている。 ⑨180日を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ている。 ⑩栄養管理未実施減算に該当していないか。 ⑪入所者が運営規程に定める定員の超過による減算を行っていない。 ⑫人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			(2) 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次の項目について確認した上で実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			① 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 刺激しなくても覚醒を保っていられること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(3) 当該加算を 180 日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(4) 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		22. 経口維持加算 I	以下の基準を満たす場合に、1月につき 400 単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	① 現に経口により食事摂取をしている者で、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。 ただし、歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			② 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（テレビ電話装置等の活用可）を行い、継続して経口による食事摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画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。 ※施設サービス計画に経口維持計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			③作成した経口維持計画について、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④経口維持計画に基づき、栄養管理を実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理により、摂食機能障害及び誤嚥が認められないと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限るものとなっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月を超えて算定する場合は、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理が必要であるとして、おおむね1月ごとに医師又は歯科医師の指示を受けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦6月を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧経口移行加算を算定している場合は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑨栄養管理未実施減算に該当していない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑩定員超過、人員欠如による減算を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		22. 経口維持加算Ⅱ	以下の基準を満たす場合に、1月につき100単位を算定していただけますか。					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	①協力歯科医療機関を定めている介護保健施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。施設基準で必要とされている医師以外であることが必要）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わり、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		22. 経口維持加算【Ⅰ、Ⅱ共通】	(1)食事の観察及び会議等は、関係職種が一同に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加すべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(2)管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制が整っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(3)定員超過、人員欠如による減算を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		23. 口腔衛生管理加算【Ⅰ、Ⅱ】	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に算定しているか。 口腔衛生管理加算（Ⅰ）・・・90単位 口腔衛生管理加算（Ⅱ）・・・110単位					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	●口腔衛生管理加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			①歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤定員超過・人員欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●口腔衛生管理加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①口腔衛生管理加算（Ⅰ）の要件を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		24. 療養食加算	以下の基準を満たす場合に、1日につき3回を限度として、1回6単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事せんに基づき、療養食を提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③当該療養食に係る献立表が作成されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④医師の発行する食事せんには、当該入所者の年齢、身長、体重、病名、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食などの内容が記載されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤入所者が運営規程に定める定員の超過による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。					
			①心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来していると医師が認める者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMIが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑨特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑩脂質異常症食の対象となる入所者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dl以上又はHDL-コレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上となっている。 ※薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事せんの発生の必要性を認めなくなるまで算定できます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定する場合、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		25. かかりつけ医連携薬剤調整加算	入所者に対し、サービスを行った場合、区分に応じて1人につき1回を限度として、退所時に所定単位数を加算しているか。 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）・・・100単位 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）・・・240単位 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）・・・100単位					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	イ：かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①当該介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。また、令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定（令和3年4月以降、受講申込書などを持っている場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、10月31日までに研修を受講していない場合には、4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②入所後一月以内に、状況に応じて当該入所者の処方内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			③入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供（評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について）を行い、その内容を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ロ：かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出（LIFEを活用）し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ハ：かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②当該入所者に六種類以上の内服薬が処方されており、入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ一種類以上減少させること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ一種類以上減少していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		26. 緊急時施設療養費	※入所者の症状が著しく変化した場合に、緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定します。					
		【緊急時治療管理】	入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに518単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			緊急時治療管理が行われた場合に連続する3日を限度として算定していますか。 ※1月に連続しない1日を3回算定することは認められません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			同一入所者について1月に1回を限度として算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			対象となる入所者は、次のとおりとなっていますか。					

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		【特定治療】	①意識障害又は昏睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③急性心不全（心筋梗塞を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④ショック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥その他薬物中毒等で重篤なもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		特定治療を算定する日は、緊急時治療管理を同時に算定しないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		27. 所定疾患施設療養費 ※施設区分が「その他」の場合は算定不可	次のAの基準を満たす場合において、Bに該当する入所者に対し投薬、検査、注射、処置等を行った場合に1日につき次に掲げる所定単位数を算定していますか。（どちらかのみ） ・所定疾患施設療養費（Ⅰ）235単位（A①②） ・所定疾患施設療養費（Ⅱ）475単位（A①②③）					<input type="checkbox"/>
		A	①診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。なお、近隣の医療機関と連携した場合も同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、その内容を診療録に記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること ※治療の実施状況についての公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症及び带状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B次のいずれかに該当する者 イ 肺炎の者 ロ 尿路感染症の者 ハ 带状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。） ニ 蜂窩織炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※イ・ロに関しては、診療にあたり検査を実施した場合に限る。					

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>(I) 同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定しているか。 ※1月に連続しない1日を7回算定することは不可。</p> <p>(II) 同一の入所者について1月に1回、連続する10日を限度として算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			緊急時施設療養費を算定した日は算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		28. 認知症専門ケア加算Ⅰ	以下の基準を満たす場合に、1日につき3単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
			①入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者：以下「対象者」)の占める割合が2分の1以上である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」を指します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		28. 認知症専門ケア加算Ⅱ	以下の基準を満たす場合に、1日につき4単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
			①認知症専門ケア加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②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の基準に加え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。 ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指します。 ※加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定できます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		29. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	<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、介護保健施設サービスを行った場合には、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数(200単位)を加算していますか。</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>※本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人保健施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。</p> <p>当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人保健施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定している。</p> <p>②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。</p> <p>この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らっている。</p> <p>③当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしている。</p> <p>④判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録している。</p> <p>⑤施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録している。</p> <p>⑥当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備している。</p> <p>⑦当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定している。</p> <p>次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定していませんか。</p> <p>a 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者</p> <p>c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者</p>					<input type="checkbox"/>
		30. 認知症情報提供加算	以下の基準を満たす場合に、1回につき、350単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>①過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、認知症疾患医療センター又は認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関に当該入所者の紹介を行っている。</p> <p>※「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいいます。</p> <p>※「認知症のおそれがある」とは、MMSE (Mini Mental State Examination) においておおむね 23 点以下、又は HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね 20 点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいいます。</p> <p>※「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うにつき、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 10 年以上の臨床経験を有する医師が 1 名以上配置され、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、CT 又は MRI を有している保険医療機関をいいます。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>②入所者 1 人につき入所期間中に 1 回を限度として算定している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>③当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関（認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く。）に対する紹介を行った場合は算定していない。</p> <p>※「これに類する保険医療機関」は、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たすものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした経験（10 年以上）を有する医師がいること ・コンピューター断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像検査（MRI）の両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県又は政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っている都道府県又は政令指定都市が認めるもの ・併設老健に認知症専門棟があること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>④当該介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の整備、医師の専門分野の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断が困難であると判断した場合に紹介を行っている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>⑤当該入所者の紹介にあたっては、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書を添えている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>31. 地域連携診療計画情報提供加算</p> <p>※施設区分が「その他」の場合は算定不可</p>	<p>医科診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度に 300 単位を算定していますか。</p>					<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			当該加算を算定するにあたり、次の事項を適切に行っていますか。					
			①地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表に掲げる地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関(以下「計画管理病院」という。)において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間(以下本区分において「総治療期間」という。)、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定している。 イ 大腿骨頸部骨折(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。) ロ 脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。 イ あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。 ロ イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		32. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	次に掲げるいずれにも適合している場合は、1月につき所定単位数(33単位)を加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出しているか。(LIFEでの提出)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②必要に応じてリハビリテーション実施計画書の内容を見直す等、リハビリテーションの実施にあたって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとにを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		33. 褥瘡マネジメント加算【Ⅰ・Ⅱ】	継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、区分に従い1月につき所定単位数を加算しているか。 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・・・3単位 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)・・・13単位					<input type="checkbox"/>
		※施設区分が「その他」の場合は算定不可	※(Ⅰ)(Ⅱ)の併用は不可。					
			褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 次に掲げる基準をいずれも満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①入所者又は利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②①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又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			褥瘡ケア計画を対象となる入所者またはその家族に説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			原則として入所者全員を対象としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも該当しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)①から④までに掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)①の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定しているか。</p> <p>※ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。</p> <p>褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるように必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		34. 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	<p>継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行ったときは、1月に所定単位数を加算する。</p> <p>排せつ支援加算(Ⅰ)・・・10単位 排せつ支援加算(Ⅱ)・・・15単位 排せつ支援加算(Ⅲ)・・・20単位</p> <p>※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)それぞれ併用不可。</p> <p>排せつ支援加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>①排せつに介護を要する入所者又は利用者ごとに、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又は利用開始時に評価するとともに、少なくとも六月に一回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。</p> <p>評価は、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。</p> <p>施設入所時の評価は、堺市長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。</p> <p>「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となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>①排せつに介護を要する入所者又は利用者ごとに、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又は利用開始時に評価するとともに、少なくとも六月に一回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>評価は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>施設入所時の評価は、堺市長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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>「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となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>「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となっているか。</p> <p>②①の評価の結果、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者について、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、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。</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、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上でやっているか。</p> <p>③①の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直しているか。</p> <p>原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>排せつ支援加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>①排せつ支援加算（Ⅰ）①から③に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>②次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 （一）（Ⅰ）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、施設入所時又は利用開始時と比較して、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）（Ⅰ）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、施設入所時又は利用開始時と比較して、おむつ使用ありから使用なしに改善したこと。</p> <p>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、算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>排せつ支援加算（Ⅲ） 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>①排せつ支援加算（Ⅰ）①から③までに適合しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			②排せつ支援加算（Ⅱ）②のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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、算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		35. 自立支援促進加算	継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数(300単位)を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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、その後少なくとも六月に一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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみで、加算の対象となっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			支援計画は、関係職種が共同し、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			作成にあたっては、医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画になっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<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すること。</p> <p>a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。</p> <p>b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。</p> <p>c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。</p> <p>d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。</p> <p>e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。</p> <p>f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		36. 科学的介護推進体制加算	<p>入所者にサービスを行った場合、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>※併用は不可。</p> <p>科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・・・40単位</p> <p>科学的介護推進体制加算（Ⅱ）・・・60単位</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>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しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>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しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			①科学的介護推進体制加算（Ⅰ）①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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			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、(Ⅰ)①及び(Ⅱ)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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(Ⅰ)(Ⅱ)共通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			※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。					
			(Plan)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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(Do)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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(check)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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(Action)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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		37.安全対策体制加算	入所者に対し、入所初日に限り所定単位数(20単位)を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			事故発生の防止に関する措置(基準第三十六条第一項に規定する基準)に適合しているか。 ① 委員会の開催 ② 指針の整備 ③ 従業者への研修 ④ 専任の担当者の配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			事故発生防止の(介護老人保健施設基準第三十六条第一項第四号に規定する)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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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こと。令和3年10月31日までの間にあつては、研修を受講予定(令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和3年4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし																																																																								
		38. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	<p>サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22単位次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <table border="1" data-bbox="544 479 1289 831"> <tr> <td data-bbox="544 479 1289 524">(1) 以下のいずれかに適合すること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 524 1289 624">(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 624 1289 703">(二)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 703 1289 781">(2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 781 1289 831">(3) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <table border="1" data-bbox="544 958 1289 1095"> <tr> <td data-bbox="544 958 1289 1037">(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1037 1289 1095">(2) 定員超過、人員欠如に該当していないこと。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <table border="1" data-bbox="544 1189 1289 1599"> <tr> <td data-bbox="544 1189 1289 1234">(1) 以下のいずれかに適合すること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1234 1289 1335">(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1335 1289 1435">(二)介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1435 1289 1547">(三)指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1547 1289 1599">(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）共通</p> <p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用い、その割合について記録しているか。 ※ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持している。</p>	(1) 以下のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(二)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) 定員超過、人員欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) 以下のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(二)介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(三)指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 以下のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(二)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(3) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(2) 定員超過、人員欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(1) 以下のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(-)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(二)介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(三)指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
		39. 介護職員処遇改善加算	<p>以下の基準に適合し、届出ている場合、各区分に応じた単位数を算定しているか。 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定不可。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）介護報酬総単位数の1000分の39に相当する単位数 ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）介護報酬総単位数の1000分の29に相当する単位数 ・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）介護報酬総単位数の1000分の16に相当する単位数 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>イ介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(2) 指定介護老人保健施設において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(4) 当該介護老人保健施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(5) 算定日が属する月の前十二月間において、労働基準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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(6) 当該介護老人保健施設において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) 介護職員の任用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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>(8) 平成27年4月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>ロ介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イ(1)から(6)まで、(7)(-)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>ハ介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) イ(1)から(6)までに掲げる基準に適合すること。 (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (-)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 (二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。 (3) 平成二十年十月からイ(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			届出している計画どおり賃金改善しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		40. 特定介護職員処遇改善加算	<p>(1)～(2)について、下記基準に適合し届け出ている場合、各区分に応じた単位数を算定していますか。 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。</p> <p>(1) 特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数の1000分の21に相当する単位数を加算しているか。</p> <p>(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数の1000分の17に相当する単位数を加算しているか</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

●短期入所療養介護（介護予防を含む）

- 該当する施設の区分（従来型・ユニット型）について網かけになっている項目をチェックしてください（ただし、一部ユニット型施設についてはすべての項目をチェックしてください）。
- 内容欄の項目について該当のない場合については、該当なしをチェックしてください。

1 基本方針

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 一般原則	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 基本方針	当該事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業は、利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、利用者の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるように配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 人員に関する基準

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		従業者の員数	当該事業所に置くべき医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士及び栄養士の員数が、それぞれ、利用者を当該事業所の本体施設である介護老人保健施設の入所者とみなした場合における介護保険法に規定する介護老人保健施設として必要とされる数が確保されているために必要な数以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 設備に関する基準

従来型	ユニット型	項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		設備に関する基準	当該事業所の本体施設である介護保険法に規定する介護老人保健施設として必要とされる施設及び設備を有していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 運営に関する基準

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 内容及び手続きの説明及び同意	サービス提供開始の際に、あらかじめ重要事項を文書で説明し、利用申込者の同意を得るとともに、交付していますか。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 ※次の各事項の〔 〕内の事項で記載のないものについて、「・」を○で囲んでください。					
			①運営規程の概要 〔 ・事業者情報 ・事業所情報 ・運営方針及び目的 ・留意事項 ・非常災害対策 ・身体的拘束等原則禁止 ・虐待防止措置 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②従業員の勤務体制 〔 ・職種 ・基準人員数 ・実配置人員数 ・職務内容 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③利用料及びその他の費用 〔 ・基本サービス費 ・加算関係 ・その他の費用 ・滞在費及び食費の負担限度額 ・消費税の課税の有無 ・利用料変更に係る手続き関係 ・徴収方法 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④事故発生時の対応 〔 ・連絡先（市町村） ・連絡先（利用者の家族） ・連絡先（居宅介護支援事業者） ・対応策 ・損害賠償 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤苦情処理の体制 〔 ・事業所内の処理体制及び連絡先 ・連絡先（市町村） ・連絡先（国保連） 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑥その他利用者の選択に役立つ事項 ・提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況） ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			利用者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 対象者	利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			一時的に利用して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者を対象に、当該サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. 指定短期入所療養介護の開始及び終了	居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、指定短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		4. 提供拒否の禁止	正当な理由のある場合を除きサービス提供を拒否せずに、適切に利用者の受入を行っていますか。 ※拒否した事例及びその理由を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. サービス提供困難時の対応	当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所療養介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6. 受給資格等の確認	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7. 要介護認定等の申請に係る援助	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. 心身の状況等の把握	当該サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10. 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った当該サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. サービスの提供の記録	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. 利用料等の受領	当該サービスに該当する場合、介護報酬告示上の額（算定する加算等を含む。）の1割～3割の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【法定受領サービス】	介護報酬告示上の額の1割～3割負担分について、公費負担対象となる利用者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該サービスに該当しない場合に必要となる費用と当該サービスに該当する場合に必要となる費用との間に不合理な差額を設けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			要介護度に応じた1月当たりの限度基準額を超える場合は、その超えたサービス利用に必要となる費用は全額利用者負担となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該サービス利用が30日を超える場合には、その超えたサービス利用に必要となる費用は全額利用者負担となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特別な室料】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特別な食料】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		【滞在費及び食費】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項(居住費は滞在費と読替え)と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【その他の日常生活費】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【その他の日常生活費以外の費用】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【領収書】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. 保険給付の請求のための証明書の交付	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14. 指定短期入所療養介護の取扱方針	相当期間(概ね4日)以上連続して利用する者については、短期入所療養介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			上記以外については、当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. 身体的拘束等の原則禁止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		16. 短期入所療養介護計画の作成	相当期間(概ね4日)以上連続して利用する者について、当該利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに医師の診療方針に基づき、短期入所療養介護計画を漏れなくかつ遅滞なく作成されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期入所療養介護計画の作成に当たって、当該施設の管理者は介護支援専門員又は療養介護計画の作成経験者に、その業務を担当させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期入所療養介護計画は、居宅サービス計画に沿ったものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期入所療養計画を利用者又はその家族に説明し、文書により同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			短期入所療養計画を利用者又はその家族に交付するとともに、その記録を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から短期入所療養介護計画の提供の求めがあった際には、当該短期入所療養介護計画を提供することに努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		17. 診療の方針	相当期間(概ね4日)以上連続して利用する者については、常に事業所の医師が健康状態の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			上記以外については、当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		18. 機能訓練	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		19. 看護及び医学的管理の下における介護	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		20. 食事の提供	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		21. その他のサービスの提供	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		22. 利用者に関する市町村への通知	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		23. 管理者の責務	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		24. 運営規程	以下の内容が適切に規定されていますか。					
			①事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④指定短期入所療養介護の内容 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤利用料及びその他の費用の額 ※次の各事項の〔 〕内の事項で記載のないものについて、「・」を○で囲んでください。 〔 ・事業所が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外） ・滞在費及び食費の負担限度額 ・消費税の課税の有無 ・利用料変更に係る手続き関係 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥通常の送迎の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦事業所利用にあたっての留意事項 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑨その他事業所の運営に関する重要事項 ・身体的拘束等の原則禁止 ・虐待防止に関する事項 ・その他の重要事項 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		25. 勤務体制の確保等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		26. 業務継続計画	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		27. 虐待の発生防止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		28. 定員の遵守	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所の本体施設であるユニット型介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		29. 地域との連携等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		30. 非常災害対策	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		31. 衛生管理等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		32. 感染症まん延防止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		33. 掲示	以下の事項を、当該事業所の見やすい場所に掲示していますか。					
			①運営規程の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②従業員の勤務体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③利用料及びその他の費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④その他のサービスの選択に関する重要事項 ※主な事項を記載してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		34. 秘密保持等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		35. 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		36. 苦情処理	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		37. 事故発生時の対応	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		38. 会計の区分	当該サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		39. 記録の整備	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		40. 指定の変更	以下の事項に変更があった場合に、変更後 10 日以内に堺市長に届出していますか。					<input type="checkbox"/>
			①事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④基準省令第 142 条第 1 項各号の規定のいずれの適用を受けるものの別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑤建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑥事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑦運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑧役員の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			⑨当該申請に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		41. 高齢者虐待の防止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 介護給付費の算定及び取扱い

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		1. 端数処理	算定される単位数から金額に換算する際に生ずる 1 円未満(小数点以下)の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 短期入所療養介護費	利用の日数については、利用の開始日及び終了日の両方を含めて、短期入所療養介護費を算定していますか。 ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所と短期入所生活介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合、当該事業所へ利用を開始した日は利用の日数に含め、終了した日は利用の日数に含めずに、短期入所療養介護費を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①当該事業所と介護保険施設等が同一敷地内にある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②当該事業所と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該事業所と病院又は診療所の医療保険適用病床（以下単に「医療保険適用病床」という。）が次の位置関係にある場合、当該事業所へ利用を開始した日又は終了した日は利用の日数に含めずに、短期入所療養介護費を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①当該事業所と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			②当該事業所と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			当該サービス終了日に、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーションのサービスを受けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			本体施設である介護老人保健施設における施設サービス費の算定区分に応じて、短期入所療養介護費を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			利用者の居住環境に応じた所定単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			利用者が連続して30日を超えて利用する場合に、30日を超える日以降の短期入所療養介護費を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特定介護老人保健施設短期入所療養介護費】	難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の利用者であって、サービスの提供に当たり、常時看護職員による観察を必要とする者に対して、日中のみの指定短期入所療養介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置付けられた内容の指定短期入所療養介護を行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【施設基準】 【従来型】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【在宅強化型】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【従来型居室を利用する者の取扱い】	従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
			①感染症等により、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への利用期間が30日以内の場合 ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②従来型個室の面積が内法による測定で、8.0㎡未満の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③著しい精神症状等により、同室の他の利用者等の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した場合 ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【夜勤職員】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たしていない場合には、当該事業所の利用者に対しても、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所療養介護費を所定単位数の100分の97で算定していますか。 ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たさず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）利用者全員について減算となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【定員超過】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において定員を超過している場合には、当該事業所の利用者に対しても、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所療養介護費を所定単位数の100分の70で算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし	
		【人員欠如】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において人員欠如となっている場合には、当該事業所の利用者に対しても、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所療養介護費を所定単位数の70%で算定していますか。 ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たさず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）利用者全員について減算となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		【ユニットケア体制】	ユニットにおける職員の員数が、以下のユニットにおける職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。					<input type="checkbox"/>	
			①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		【特定入所者介護サービス費（補足給付）】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該費用（居住費を滞在費と読替え、外泊に係る取扱いを除く）と同様に請求していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		3. 夜勤職員配置加算	以下の基準を満たす場合に、1日につき24単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>	
			夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が次の次のおりとなっていますか。						<input type="checkbox"/>
			①利用者等の数が41人以上にあつては、20人又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2を超えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②利用者等の数が40人以下にあつては、20人又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、1を超えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			③夜勤を行う職員の数は、一日平均夜勤職員数とし、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続16時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定していますか。 （小数点第3位以下は切り捨て）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			④一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所の夜勤職員配置加算の基準は、当該事業所のユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれで満たしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑤認知症ケア加算を算定している場合は、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		4. 個別リハビリテーション実施加算	医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを20分以上行った場合に、1日につき240単位を所定単位数に加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		5. 認知症ケア加算【介】のみ	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における認知症ケア加算の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		6. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	<p>以下の基準を満たす場合に、1日につき200単位を所定単位数に加算していますか。</p> <p>①利用者に、「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護が必要であると医師が判断した場合であって、居宅介護支援専門員、当該短期入所療養介護事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護を開始している。 ※「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。</p> <p>②病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設等に入所中の者、認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合には算定していない。</p> <p>③医師が判断した日又はその次の日に利用を開始している。 ※本加算は、予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象にならない。</p> <p>④利用開始日から7日を限度として算定している。 ※本加算は、「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではない。</p> <p>⑤判断を行った医師は、診療録等に症状、判断の内容等を記録している。また、事業所において、判断を行った日時、医師名及び利用開始にあたっての留意事項等を記録している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	<p>認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日 施設における利用者の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であるか。</p> <p>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当たっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合に当たっては、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か。</p> <p>従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	<p>認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日 加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合するか。</p> <p>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、事務所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。</p> <p>当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. 緊急短期入所受入加算【介】のみ	<p>以下の者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、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日を限度として1日につき90単位を所定単位数に加算していますか。（ただし、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない場合は14日を限度）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者</p> <p>※ただし、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> <p>※7日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。</p>					
			<p>当該加算の算定にあたっては、以下の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定している。</p> <p>②やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定している。</p> <p>③緊急に受入れを行った事業所については、当該利用が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談している。</p> <p>④緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録している。 また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めている。</p> <p>⑤認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算は算定していない。</p> <p>⑥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。 また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. 若年性認知症利用者受入加算	<p>若年性認知症利用者に対して指定短期入所療養介護を行った場合、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位（特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合は1日につき60単位）を所定単位数に加算していますか。</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ていますか。</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に算定していませんか。</p>					<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
		10. 重度療養管理加算【介】のみ	<p>介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）及び特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定している場合について、利用者（要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者に限る。）であって、以下の状態（※）にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合には、重度療養管理加算として介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）については1日につき120単位を、特定介護老人保健施設短期入所療養介護費については1日につき60単位を所定単位数に加算していますか。</p>	□	□	□	□	□

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>※次のいずれかに該当する状態</p> <p>イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ※「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。</p> <p>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ※「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。</p> <p>ハ 中心静脈注射を実施している状態 ※「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。</p> <p>ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ※「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。 a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 b 常時低血圧（収縮期血圧が九十 mmHg 以下） c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの d 出血性消化器病変を有するもの e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの f うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のものげるいずれかの合併症をもつものであること</p> <p>ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ※重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。</p> <p>ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態 ※「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。</p> <p>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ※「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。</p>					

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 ※「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない） 第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの） 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している</p> <p>リ 気管切開が行われている状態 ※「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。</p>					
			当該加算の算定にあたっては、以下の事項を適切に行っていますか。					
			①重度療養管理加算を算定できる利用者は、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			②請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. 送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合に、片道1回につき184単位を所定単位数に加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			送迎に係る記録として、利用者、送迎者、送迎先等が明確にされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			送迎先が、利用者の都合による場合を含めて居宅以外となったときに、当該加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			送迎の実施については、運営規程に定める実施地域の範囲内となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			送迎が運営規程に定める実施地域の範囲外となる場合で、別途利用料の徴収に当たっては、運営規程にその利用料を規定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. 療養食加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における療養食加算の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. 緊急時施設療養費 【緊急時治療管理】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該療養費の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【特定治療】	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該療養費の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14. 総合医学管理加算	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			<p>利用にあたり、医療機関における対応が必要と判断される場合にあっては、速やかに医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはかっているか。</p> <p>緊急時施設療養費を算定した日は、算定していないか。</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>①診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。</p> <p>②診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。</p> <p>③利用終了日から7日以内に、利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。</p> <p>主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。</p> <p>利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	<p>●サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>①以下のいずれかに適合すること。</p> <p>a 指定短期入所療養介護（指定居宅サービス等基準第一百四十一条に規定する指定短期入所療養介護をいう。以下同じ。）を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。</p> <p>b 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。</p> <p>②定員超過、人員欠如に該当していないこと。</p> <p>●サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>①指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること</p> <p>②定員超過、人員欠如に該当していないこと。</p> <p>●サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従来型	ユニット型	項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
			①以下のいずれかに適合すること a 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。 b 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。 c 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。	□	□	□	□	□
			②定員超過、人員欠如に該当していないこと。	□	□	□	□	□
		16. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該加算と同様に算定していますか。	□	□	□	□	□

●通所リハビリテーション（介護予防を含む）

○ 前年度の利用者実績数を記入してください。カッコ内には指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数を記入してください。

令和 年度実績

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計	3月
営業日数													
1～2 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
2～3 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
3～4 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
4～5 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
5～6 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
6～7 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
7～8 時間	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
合計	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
7～8 時間のうち延長サービス対象者の数	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

営業日（ 月・火・水・木・金・土・日・祝日 ） その他の休日（ ）

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

1 基本方針

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
基本方針	要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 人員に関する基準

項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
従業員の員数	指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な専任の常勤医師が1人以上勤務していますか。 (介護老人保健施設に常勤医師として勤務している場合は、常勤の要件として足る。加えて病院又は診療所と併設されている場合であって病院又は診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士または看護職員若しくは介護職員は単位(同時に、一体的に行われるものをいう)ごとにサービス提供時間帯を通じて専従の職員を、利用者の数が10人以下の場合は1以上、利用者の数が10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていますか。(指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されていること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 設備に関する基準

項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
設備に関する基準	通所リハビリテーション用の部屋・食堂の面積が3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 運営に関する基準

項目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
1. 内容及び手続きの説明及び同意	サービス提供開始の際に重要事項を文書で説明し、利用申込者の同意を得ていますか。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 ※次の各事項の()内の事項で記載のないもの「・」を○で囲むこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	①運営規程の概要 [・ 開設者情報 ・ 事業所情報 ・ 運営方針及び目的 ・ 営業日 ・ 営業時間 ・ 通常の事業の実施地域 ・ 定員 ・ 留意事項 ・ 非常災害対策 ・ 身体的拘束等原則禁止 ・ 虐待防止措置]	□	□	□	□	□
	②従業者の勤務体制 [・ 職種 ・ 基準人員数 ・ 実配置人員数 ・ 職務内容]	□	□	□	□	□
	③利用料及びその他の費用 [・ 加算関係 ・ その他の費用 ・ 消費税の課税の有無 ・ 利用料変更に係る手続き関係 ・ 徴収方法]	□	□	□	□	□
	④事故発生時の対応 [・ 連絡先（市町村） ・ 連絡先（利用者の家族） ・ 連絡先（居宅介護支援事業者）・ 対応策 ・ 損害賠償]	□	□	□	□	□
	⑤苦情処理の体制 [・ 事業所内の処理体制及び連絡先 ・ 連絡先（市町村） ・ 連絡先（国保連）]	□	□	□	□	□
	⑥その他利用者の選択に役立つ事項 ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況） ※その他主な事項を記入 []	□	□	□	□	□
	利用者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものになっていますか。	□	□	□	□	□
2. サービス提供拒否の禁止	正当な理由なくサービス提供を拒んでいませんか。 ※拒んだ事例・その他の理由を記載すること []	□	□	□	□	□
3. サービス提供困難時の対応	サービス提供が困難な場合、居宅介護支援事業者への連絡や他事業者等の紹介を速やかに行っていますか。	□	□	□	□	□
4. 受給資格等の確認	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
5. 要介護認定等の申請に係る援助	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
6. 心身の状況等の把握	利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。	□	□	□	□	□
7. 居宅介護支援事業者等との連携	サービス提供の開始及び終了に際して、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を努めていますか。	□	□	□	□	□
8. 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
9. 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合は当該計画に沿ったサービス提供をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. サービスの提供の記録	記録にはサービスの提供日、提供時間、サービス内容、利用者の心身の状況、保険給付の額その他必要な事項を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供に関する諸記録をサービス提供完了の日から2年間(提供したサービスの具体的な内容等の記録については当該サービスを提供した日から5年間)保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 利用料等の受領	自己負担額を徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自己負担によるサービス費は介護保険によるサービス費と不合理な差がないですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自己負担によるサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 保険給付の請求のための証明書の交付	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 指定通所リハビリテーションの基本的取扱方針	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自ら提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 指定通所リハビリテーションの具体的取扱の方針	サービス提供に当たっては医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・特に認知症である要介護者に対しては特性に応じたサービス提供をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
【予】のみ	<p>リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本としますが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしも参加を求めるものではありません。</p> <p>また、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議に内容について欠席者と情報共有してください。</p> <p>認知症症状のある要介護者で、他の要介護者と同じグループとして、通所リハビリテーションを提供することが困難な場合には、必要に応じてグループを分けて対応すること。</p> <p>指定通所リハビリテーションをより効果的に実施する為、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましい。</p> <p>主として認知症等の精神障がいをもつ利用者を対象とした指定通所リハビリテーションは作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障がいをもつ利用者にとっては理学療法士等により効果的に実施されているか。</p>	□	□	□	□	□
	従業者は介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供開始時から少なくとも月に1回は利用者の状態、サービスの提供状況等について、当該利用者に係る指定介護予防支援事業者に報告していますか。	□	□	□	□	□
	介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービス提供を行う期間が終了するまでに少なくとも1回は実施状況の把握（モニタリング）を行っていますか。	□	□	□	□	□
	従業者はモニタリング結果を記録し、当該記録を当該利用者に係る指定介護予防支援事業者に報告していますか。	□	□	□	□	□
16. 通所リハビリテーション計画の作成	<p>医師及び理学療法士、作業療法士その他従業者は診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえてリハビリテーションの目標、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通所リハビリテーション計画を作成していますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画は既に居宅サービス計画が作成されている場合、当該計画の内容に沿って作成していますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し同意を得ていますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に交付していますか。</p> <p>それぞれの利用者について、サービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載していますか。</p> <p>居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該通所リハビリテーション計画を提供することに努めていますか。</p>	□	□	□	□	□
17. 利用者に関する市町村への通知	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
18. 緊急時等の対応	サービス提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	□	□	□	□	□
19. 管理者の責務	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
20. 安全管理体制等の確保 【予防】	サービス提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。 転倒等を防止するための環境整備に努めているか。 事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めているか。 サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	□	□	□	□	□
21. 運営規程	以下に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②事業所の名称及び所在地 ③従業者の職種、員数及び職務の内容 ④営業日及び営業時間 ⑤指定通所リハビリテーションの利用定員 ⑥指定通所リハビリテーションの内容 ⑦指定通所リハビリテーションの利用料その他の費用の額 ※以下の事項で記載がないもの「・」を○で囲んでください。 ・事業所が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外） ・消費税の課税の有無 ・利用料変更に係る手続き関係 ⑧通常の事業の実施地域 ⑨サービス利用に当たっての留意事項 ⑩非常災害対策 ⑪虐待の防止のための措置に関する事項 ⑫その他運営に関する重要事項 ・身体的拘束等の原則禁止 ・その他の重要事項	□	□	□	□	□
22. 勤務体制の確保	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
23. 定員の遵守	利用定員を超えてサービス提供を行っていませんか。（ただし、災害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）	□	□	□	□	□
24. 非常災害対策	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
25. 業務継続計画の策定等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
26. 衛生管理等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
27. 掲示	見やすい場所に、以下の事項を掲示していますか。 ①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③利用料その他の額 ④食事の週間メニュー ⑤その他サービスの選択に資すると認められる事項	□	□	□	□	□
28. 秘密保持等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
29. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 苦情処理	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 地域との連携等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 事故発生時の対応	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 会計の区分	当該サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 記録の整備	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 事業者の名称等の変更の届出等	以下の事項について変更があった際には変更届出をしていますか。					<input type="checkbox"/>
	①事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②申請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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③申請者の定款等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④事業所の種別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 高齢者虐待の防止	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 電磁的記録等	電磁的記録による作成は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。					
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	電磁的方法による交付は、基準省令第8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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 介護給付費の算定及び取扱い

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
1. 端数処理	算定される単位数から金額に換算する際に生じる1円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 通所リハビリテーション費 【介】のみ	サービス提供回数と請求回数は一致していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の要介護区分に応じて現に要した時間でなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用定員を超過した単位については所定の単位の70%で算定していますか。 ※平成17年度までは日ごとに定員超過による減算が必要であったが、平成18年度より月平均で定員超過した場合に減算となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員もしくは介護職員の員数が基準を満たさない場合は所定単位の70%で算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【予】のみ 月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了であっても、以下の場合を除いて月額報酬で算定していますか。 ①要介護から要支援に変更となった場合 ②要支援から要介護に変更になった場合 ③要支援度に変更となった場合 ④同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 事業所規模 【介】のみ	前年度の1月当たりの平均利用延人員数（一体的に行う介護予防通所リハビリテーションにおける前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む）について、以下の区分により堺市に届出した上で所定の単位数を算定していますか。 ①通常規模型 750人以内 ②大規模型（Ⅰ） 750人を超え900人以内 ③大規模型（Ⅱ） 900人を超える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 所要時間の考え方 【介】のみ	所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間で算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	送迎時に実施した居宅内での介護に要する時間は、次の要件を満たす場合、1日30分以内を限度として通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②送迎時に居宅内の介護等を行う者は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、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の勤続年数の合計が3年以上の介護職員ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	当日の利用者の心身の状況から、実際の通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には、通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えありません。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大幅に短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定します。	□	□	□	□	□
5. 感染症災害3%加算 【介】のみ	感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、堺市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	□	□	□	□	□
6. 理学療法士等体制強化加算 【介】のみ	1時間以上2時間未満のサービス提供について、配置規準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している場合に1日につき30単位を所定単位数に加算していますか。 ※この場合の「専従」とは、当該事業所においてリハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることであります。	□	□	□	□	□
7. 延長サービス体制 【介】のみ	7～8時間のサービス提供の前後に日常生活上の世話をを行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 イ 8時間以上9時間未満の場合 50単位 ロ 9時間以上10時間未満の場合 100単位 ハ 10時間以上11時間未満の場合 150単位 ニ 11時間以上12時間未満の場合 200単位 ホ 12時間以上13時間未満の場合 250単位 ヘ 13時間以上14時間未満の場合 300単位					□
	当該加算の算定にあたっては、以下の事項を適切に行っていますか。					
	①当該加算は、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定している。 ※例えば、8時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合や、8時間の通所リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	②当該加算は通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定している。 ※例えば、7時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分(=9時間-8時間)の延長サービスとして50単位を算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. リハビリテーション提供体制加算【介】のみ	3時間以上のサービス提供において、次に掲げる要件を満たす場合に区分に応じて所定単位数に加算していますか。 3時間以上4時間未満 12単位/回 4時間以上5時間未満 16単位/回 5時間以上5時間未満 20単位/回 6時間以上7時間未満 24単位/回 7時間以上 28単位/回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	事業所の医師等が、中山間地域等に居住する利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合に、1日につき所定単位数の5%に相当する単位数を算定していますか。 この場合、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用の支払いを受けていませんか。 ※大阪府内で「中山間地域等」に該当する地域は、能勢町の一部(旧東郷村、旧田尻村、旧西能勢村の地域)、太子町の一部(旧山田村の地域)、千早赤阪村です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 入浴介助加算【介のみ】	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市長に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合は、当該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に加算しているか。 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。 イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 60単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 入浴介助加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	□ 入浴介助加算（Ⅱ） 次のいずれにも適合していますか。	□	□	□	□	□
	①イ入浴介助加算（Ⅰ）に掲げる基準に適合しているか。	□	□	□	□	□
	②医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他職種の者（以下「医師等」）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。	□	□	□	□	□
	③理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携のもとで、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。	□	□	□	□	□
	④③の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行うこと。	□	□	□	□	□
11. リハビリテーションマネジメント加算 【介】のみ	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市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、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、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、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。 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。	□	□	□	□	□
	イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	□	□	□	□	□
	(一)通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 560 単位	□	□	□	□	□
	(二)当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 240 単位	□	□	□	□	□
	①通所リハビリテーション事業所の医師が、通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。	□	□	□	□	□
	②①における指示を行った医師又は当該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、当該指示の内容が①に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。	□	□	□	□	□
	③リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	④通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦以下のいずれかに適合すること。 ア 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。 イ 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧①から⑦までに適合することを確認し、記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一)通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 593単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二)当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 273単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)イ①～⑧までに掲げる基準のいずれにも適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等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提供に当たって、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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一)通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 830単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二)当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 510単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)イの①～③まで及び⑤～⑦までのいずれにも適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)通所リハビリテーション計画について、当該通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	(3) (1) 及び(2)に適合することを確認し、記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一)通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 863単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二)当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 543単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)ハ(1)～(3)までのいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等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提供に当たって、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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 短期集中個別リハビリテーション実施加算 【介】のみ	(1) 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、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合は、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1日につき110単位を加算していますか ※認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定できません。 (2) 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状況に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施していますか。 (3) 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2回以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I II 共通) 【介】のみ	認知症であると医師が判断した者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者で、MMSE (Mini Mental State Examination) 又は HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5～25点に相当する者となっていますか。 利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(※生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力)を最大限に活かしながら利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施していますか。 当該リハビリテーションに関わる医師は、精神科若しくは神経内科、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となっていますか。 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)は利用者ごとに保管されていますか。 短期集中個別リハビリテーション実施加算、又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	当該加算は、当該利用者が過去3月間の間に当該加算を算定していない場合に限り算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 【介】のみ	<p>以下の基準及び共通項目の基準を満たす場合に、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内 1日 240 単位</p> <p>利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、1週間に2日を限度として、1日につき20分以上個別に実施した場合、1日につき240単位を所定単位数に加算していますか。 ※時間が20分に満たない場合は、算定しない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 【介】のみ	<p>以下の基準及び共通項目の基準を満たす場合に、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内 1月 1,920 単位</p> <p>精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用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、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画書にその時間、実施頻度、実施方法を定めたくえで実施していますか。</p> <p>リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問していますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達していますか。 なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合は算定していませんか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
14. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	<p>生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき1,250単位(予防は562単位)を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症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においては、算定しない。</p> <p>また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議(指定居宅サービス基準第80条第5号に規定するリハビリテーション会議をいう。)により合意した場合を除き、この加算は算定しない。</p> <p>次のいずれにも適合していますか。</p> <p>イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識、若しくは経験を有する作業療法士又は、生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていますか。</p> <p>※作業療法士も研修が必要(日本OT協会実施の生活行為向上マネジメント研修、全国デイケア協会・老健施設協会・日本慢性期医療協会・日本リハ施設協会「生活行為向上リハに関する研修会」等)</p> <p>ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標、及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所、及び実施時間、実施内容等が具体的に記載されたリハビリテーション実施計画を定めていますか。</p> <p>ハ 当該リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告していますか。</p> <p>※サービス提供終了後利用する居宅介護支援事業者の、居宅介護支援専門員等にも参加を依頼し必要な情報提供を行っている。</p> <p>ニ 当該加算については、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロまでのいずれかを算定している場合に算定していますか。</p> <p>ホ 指定通所リハビリテーション事業所の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当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。</p>	□	□	□	□	□
15. 若年性認知症利用者受入加算	<p>若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合、若年性認知症利用者受入加算として、所定単位数を加算していますか。</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ていますか。</p>	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
16. 栄養アセスメント加算	<p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして堺市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することを行う。以下この注において同じ。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。</p> <p>(1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。</p> <p>(2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。</p> <p>(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。</p> <p>(4) 別に厚生労働大臣が定める基準（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか）に適合している指定通所リハビリテーション事業所であるか。</p>	□	□	□	□	□
17. 栄養改善加算	<p>以下の基準を満たす場合に、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200単位（介護予防の場合は1月につき200単位）を所定単位数に加算していますか。</p> <p>①従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している。</p> <p>②対象者は次のイ～ホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者となっている。</p> <p>イ BMIが18.5未満の者</p> <p>ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者</p> <p>ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p> <p>ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者</p> <p>③口腔及び摂食・嚥下機能の問題、生活機能の低下の問題、褥瘡に関する問題、食欲の低下の問題、閉じこもりの問題、認知症の問題、うつの問題を有する者については、上記イ～ホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認している。</p> <p>④利用者ごとの低栄養状態のリスクを利用開始時に把握している。（以下「栄養スクリーニング」という。）</p> <p>⑤栄養スクリーニングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成している。</p>	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	⑥利用開始時に、管理栄養士が中心となり、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（栄養アセスメント）を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦栄養アセスメントの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨栄養ケア計画の作成に当たっては厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成している。 ※通所リハビリテーション計画に栄養ケア計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩栄養ケア計画について利用者又はその家族に説明し同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供し、問題点がある場合には直ちに計画を修正している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑫利用者ごとの栄養状態に応じて、定期的に利用者の栄養状態の改善状況、栄養補給量等のモニタリングを行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑬モニタリングは低栄養状態の低リスク者は3ヵ月ごと、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間ごと適宜行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑭モニタリングではリスクのレベルに関係なく、低栄養状態の低リスク者も含めて1ヶ月ごとに体重測定を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑮モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑯低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3月ごとに当該利用者の介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑰定員超過、人員不足による減算を受けていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養改善サービスの開始から3月を超えて、継続的に栄養改善サービスを提供する場合は、おおむね3月ごとの評価の結果、②のイ～ホのいずれかに該当し、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 口腔・栄養スクリーニング加算	イ 口腔・栄養スクリーニング加算(I) 20単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	(2) 利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	□	□	□	□	□
	(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	□	□	□	□	□
	(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	□	□	□	□	□
	ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	□	□	□	□	□
	(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一) イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。 (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 (三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。	□	□	□	□	□
	(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一) イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。 (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 (三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること	□	□	□	□	□
19. 口腔機能向上加算	イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。					□
	(1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。	□	□	□	□	□
	(2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。	□	□	□	□	□
	(3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービス（指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費の注 18 に規定する口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。）を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること	□	□	□	□	□
	(4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160 単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 重度療養管理加算【介】のみ	利用者（要介護状態区分が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 の者に限る。）であって、以下の状態（※）にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、通所リハビリテーションを行った場合には、重度療養管理加算として 1 日につき 100 単位を所定単位数に加算していますか。					<input type="checkbox"/>
	※次のいずれかに該当する状態 イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ※「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において 1 日当たり 8 回（夜間を含め約 3 時間に 1 回程度）以上実施している日が 20 日を超える場合をいうものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ※「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において 1 週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハ 中心静脈注射を実施している状態 ※「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ※「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週 2 日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。 a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 b 常時低血圧（収縮期血圧が九十 mmHg 以下） c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの d 出血性消化器病変を有するもの e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの f うっ血性心不全（NYHA Ⅲ度以上）のもの のいずれかの合併症をもつものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ※重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90 mmHg 以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度 90% 以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	<p>へ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態</p> <p>※「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態</p> <p>※「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態</p> <p>※「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。</p> <p>第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）</p> <p>第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）</p> <p>第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある</p> <p>第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している</p>	□	□	□	□	□
	<p>リ 気管切開が行われている状態</p> <p>※「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>当該加算の算定にあたっては、以下の事項を適切に行っていますか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>①重度療養管理加算を算定できる利用者は、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>②請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション費を算定している場合には、算定していませんか。</p>	□	□	□	□	□
<p>21. 中重度者ケア体制加算 【介】のみ</p>	<p>中重度の要介護者を受入れる体制を構築し、以下の要件を満たした場合、1日につき20単位を所定単位数に加算していませんか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>①必要な看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していますか。</p> <p>※勤務延時間数はサービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めない。</p>	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	<p>②前年度（3月を除く）又は算定日が属する月の前3月間の利用者（要支援者は含めない）の総数のうち、要介護3以上の者の割合が100分の30以上となっていますか。</p> <p>※利用実人員又は利用延人員数の割合の計算方法について</p> <p>イ 前年度の実績が6月に満たない事業所については前年度の実績による加算の届け出はできない</p> <p>ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない、毎月ごとに記録し、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出なければならない。</p> <p>③通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を専従で1名以上配置していますか。</p> <p>④本加算を算定する場合は、利用者全員に算定していますか。</p> <p>⑥社会性の維持を図り、在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成していますか。</p>	□	□	□	□	□
22. 同一建物に居住する者に対する減算の要件	<p>事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所リハビリテーションを行う場合について、所定単位数から減算していますか。</p> <p>以下の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①「同一建物」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。</p> <p>また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定通所リハビリテーション事業所の指定通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当するものであること。</p>	□	□	□	□	□
	<p>②減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定通所介護を利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から通所リハビリテーション事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が通所リハビリテーション事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く）に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p>	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
	<p>③なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。 ※具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所介護事業所との間の往復の移動を介助した場合に限られること。 ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所介護計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について記録しなければならない。</p>	□	□	□	□	□
23. 科学的介護推進体制加算	<p>利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算しているか。(次のいずれにも適合すること)</p> <p>イ利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーション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>	□	□	□	□	□
24. 運動器機能向上加算 【予】のみ	<p>以下の基準を満たす場合に、1月につき225単位を所定単位数に加算していますか。</p> <p>①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置している。 ※通所リハビリテーションに従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護職員は兼務することが可能です。</p> <p>②理学療法士等は利用開始時に、サービス提供の実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を把握している。</p> <p>③理学療法士等が、暫定的に利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な長期目標及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な短期目標を設定している。</p> <p>④長期目標及び短期目標については、介護予防サービス計画との整合を図ったものとなっている。</p>	□	□	□	□	□

項 目	チ ェ ッ ク 内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	わ か ら な い	該 当 な し
	⑤長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護・介護職員、支援相談員その他の職種の者が共同して、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成している。 ※介護予防通所リハビリテーション計画に運動器機能向上計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって運動器機能向上計画書の作成に代えることができます。	□	□	□	□	□
	⑥運動器機能向上計画に位置づける実施期間は、運動の種類によって異なるもののおおむね3月間程度となっている。	□	□	□	□	□
	⑦運動器機能向上計画の内容を、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応と併せて、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。	□	□	□	□	□
	⑧運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供している。	□	□	□	□	□
	⑨提供する運動器機能向上サービスについては国内外の文献等で介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとなっている。	□	□	□	□	□
	⑩短期目標に応じて、おおむね1月間ごとにその達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画を見直している。	□	□	□	□	□
	⑪運動器機能向上計画を修正した場合に、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。	□	□	□	□	□
	⑫運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに長期目標の達成度及び運動器機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を利用者の介護予防事業者に報告している。	□	□	□	□	□
	⑬定員超過、人員不足による減算を受けていない。	□	□	□	□	□
	⑭介護予防事業者による終了後の報告を踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされ、継続的に運動器機能向上サービスを提供する場合に、当該加算の最初からの流れどおりに行われていますか。	□	□	□	□	□
	⑮介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行っていますか。	□	□	□	□	□
25. 選択的サービス複数実施加算【予】のみ	下記基準に適合し届け出ている場合、1月につき次に掲げる各区分に応じた単位数を算定していますか。 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 ※同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合には、次に掲げる加算は算定しない。	□	□	□	□	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	<p>(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 480 単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>① 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス(以下「選択的サービス」という。)のうち2種類のサービスを実施していること</p> <p>②利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。</p> <p>③利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。</p> <p>(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 700 単位 次に掲げるいずれの基準にも適合すること。</p> <p>①利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。</p> <p>②利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。</p> <p>③利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。</p>	□	□	□	□	□
26. 送迎を行わない場合の減算について 【介】のみ	利用者に対し、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算していますか。	□	□	□	□	□
27. 移行支援加算 【介】のみ	<p>評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の3を超えていること。</p> <p>評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。</p> <p>リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{\quad}{12 \text{ 月}}$ 平均利用延月数\geq 27% であること。</p> <p>リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。</p>	□	□	□	□	□
28. 事業所評価加算 【予】のみ	<p>堺市に「事業所評価加算(申出)あり」の届出をしていますか。</p> <p>上記で「はい」と回答した事業所にあつて、以下の基準を満たす場合に、評価対象期間の満了する日の属する年度の次年度内に限り1月につき120単位を加算していますか。</p> <p>①評価対象期間は、当該加算を算定する年度の前年1月から12月までの期間となっている。</p>	はい			いいえ	□

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	②評価対象期間において、当該事業所の利用実人員数が 10 人以上となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③次の計算式において求めた数が「0.6」以上である。 (算式) 評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数 評価対象期間内に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションをそれぞれ利用した者の数 ≥ 0.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④次の計算式において求めた数が「0.7」以上である。 (算式) $\frac{\text{要支援度の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. サービス提供体制強化加算	利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回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。 (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22 単位 (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 単位 (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6 単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 次のいずれにも適合すること。					<input type="checkbox"/>
	(1) 次のいずれかに適合すること。 (一)指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の七十以上であること。 (二)指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の二十五以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 次のいずれにも適合すること。					<input type="checkbox"/>
	(1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 次のいずれにも適合すること。					<input type="checkbox"/>

項 目	チェック内容	できている	一部できている	できていない	わからない	該当なし
	(1) 次のいずれかに適合すること。 (一) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上であること。 (二) 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. 介護職員処遇改善加算	(1)～(4)について、下記基準に適合し届け出ている場合、各区分に応じた単位数を算定していますか。 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ） …介護報酬総単位数の1000分の47に相当する単位数 下の基準Ⅰ①から⑩までに掲げる基準のいずれにも適合する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②当該指定通所介護事業所において、①の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、堺市長に届けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④当該指定介護老人保健施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を堺市長に報告している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥当該指定通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (キャリアパス要件Ⅰ) (7) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。 (4) (7)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (キャリアパス要件Ⅱ) (7) 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。 (4) (7)について全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (キャリアパス要件Ⅲ) (7) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。 (4) (7)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩（職場環境要件：Ⅰ、Ⅱ） 平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)介護職員処遇改善加算（Ⅱ） …介護報酬総単位数の1000分の34に相当する単位数 介護職員処遇改善加算（1）の①から⑧及び⑩に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>⑩（職場環境要件：Ⅲ、Ⅳ） 平成 20 年 10 月から届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3)介護職員処遇改善加算（Ⅲ） …(2)により算定した単位数の 1000 分の 19 に相当する単位数 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥及び⑩に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ⑦、⑧の基準のいずれかに適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4)介護職員処遇改善加算（Ⅳ） …(2)により算定した単位数の 100 分の 90 に相当する単位数 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、⑦又は⑧又は⑩に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5)介護職員処遇改善加算（Ⅴ） …(2)により算定した単位数の 100 分の 80 に相当する単位数 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 介護職員等 特定処遇改善 加算について 【介護予防同 様】	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして堺市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。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) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数の 1000 分の 20 に相当する単位数</p> <p>(2) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数の 1000 分の 17 に相当する単位数</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>