

介護老人保健施設 実地指導事前提出資料

事業者名(法人名) :

事業者(法人)代表者職・氏名 :

(住所) :

施設名 :

担当者職・氏名 : (連絡先 TEL)

指導年月日 : 年 月 日

- (提出資料)
- ① 自己点検表
 - ② 勤務実績表
 - ③ 加算等一覧、自己点検表(加算等)
 - ④ 状況報告書((介護予防)短期入所療養介護と共通)
 - ⑤ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
 - ⑥ 組織図 (職・氏名が入っているもの)
 - ⑦ 平面図 (上記⑤に平面図が含まれている場合は省略可)
 - ⑧ サービス契約書、重要事項説明書

自己点検表（介護老人保健施設）

施設名称		分類	通常型・ユニット型・一部ユニット型	点検年月日	
記入者職氏名					

太枠で困っている点検事項の点検結果を記入してください。なお、他に勤務実績表、自己点検表(加算等)のシートも記入してください。
 根拠条文は、「新潟市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例」を指します。
 また、項目内容が通常型とユニット型で重複する場合は、通常型の根拠条文を記載しています。

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
I 人員基準 (注)							
1 従業員の員数	(1)	【医師】 a 常勤の医師が1人以上配置されていますか。 ※複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えない ※介護老人保健施設で行われる(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えない	□	□	注) 常勤とは、当該施設における勤務時間(介護老人保健施設以外の勤務時間を含む。)が就業規則等で定められている常勤者が勤務すべき時間数(週に勤務すべき時間が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする。)に達していることをいうものであること。	条例第3条 職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等	※(適・要検討・否)
		b 医師を、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。 ※ 実地指導日の前々月における常勤換算方法で算出した医師の数を下記に記入してください。 常勤換算方法による医師の数 (人)	□	□			※(適・要検討・否)
	(2)	【薬剤師】 薬剤師を、施設の実情に応じた適当数配置していますか。 ※ 入所者の数を300で除した数以上が標準 ※ 実地指導日の前々月における薬剤師の数を下記に記入してください。 薬剤師の数 (人)	□	□			職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(3)	<p>a 【看護職員（看護師若しくは准看護師）又は介護職員】 看護職員及び介護職員の合計数は、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以上となっていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※ 実地指導日の前々月における常勤換算方法で算出した看護職員及び介護職員の数並びに看護職員の構成比を下記に記入してください。</p> <p>① 看護職員の数 (人)</p> <p>② 介護職員の数 (人)</p> <p>①/ (①+②) = ()</p>	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	<p>b 看護職員及び介護職員の人数は、以下の基準を満たしていますか。 ① 看護職員は、看護・介護職員の総数の2/7程度 ② 介護職員は、看護・介護職員の総数の5/7程度</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)			
	(4)	<p>a 【支援相談員】 支援相談員を、1人以上配置していますか。</p> <p>※ 入所者の数が100を超える場合は、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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※ 実地指導日の前々月における常勤換算方法で算出した支援相談員の数下記に記入してください。</p> <p>支援相談員の数 (人)</p>	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	<p>b 支援相談員は、常勤の者ですか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)			
(5)	<p>【理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士】 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※ 実地指導日の前々月における常勤換算方法で算出した理学療法士等の数を下記に記入してください。</p> <p>理学療法士等の数 (人)</p>	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
(6)	<p>【栄養士】 入所定員が100以上の施設においては、常勤の栄養士を1人以上配置していますか。</p> <p>※ 同一敷地内にある病院等の栄養士がいることにより、栄養指導等の業務に支障がない場合は、兼務職員をもって充てても差し支えない。</p> <p>※ 100未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※ 実地指導日の前々月における栄養士の数を下記に記入してください。</p> <p>栄養士の数 (人)</p>	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
(7)	a	<p>【介護支援専門員】 介護支援専門員を1以上配置していますか。</p> <p>※ 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※ 実地指導日の前々月における介護支援専門員の数を下記に記入してください。 介護支援専門員の数 (人)</p>		<p>職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等</p>	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	b	介護支援専門員は、常勤の者ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	c	<p>介護支援専門員は、その業務に専ら従事していますか。</p> <p>※ 入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の職務と兼務が可</p> <p>《注意》 介護支援専門員がその職務に専ら従事している場合は、次の(7)-dの回答は不要です。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	d	<p>介護支援専門員が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切ですか。</p> <p>→ 下記の事項について記載してください。 ・ 事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名 ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
(8)	<p>【調理員、事務員その他従業者】 調理員、事務員その他従業者は、施設の実情に応じた適当数を配置していますか。</p> <p>※ 併設施設との職員の兼務や業務委託を行う等により適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しないことも可</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>職員名簿、職員勤務表等</p>		
(9)	<p>施設の従業者は、専ら介護老人保健施設の職務に従事していますか。</p> <p>※ 入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>職員名簿、職員勤務表等</p>	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	

(注) 「勤務実績表(実地指導月の前々月分)」を添付してください。なお、勤務実績表については、次の事項を記入例を参考に明記してください。①常勤職員の勤務すべき1週間の勤務時間数、②兼務を含めた職種、③勤務形態、④氏名、⑤1日毎の勤務時間数
また、既存の勤務を管理した表が、勤務実績表の項目を満たすものであればその添付により代えることができます。

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
II 設備基準							
1 厚生労働省令で定める施設	【 通常型の施設は 1-(1)～(10) を、ユニット型の施設は 1-(11)～(15) を、一部ユニット型の施設は 1-(1)～(15) の全てを、回答してください。】						
	《注意》 以下の (1)～(10) の項目については、通常型の施設及び一部ユニット型の施設が回答してください。(一部ユニット型の施設は、ユニット部分以外について回答してください。)				条例第4条		
	(1)	介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有していますか。 ①療養室 ②診察室 ③機能訓練室 ④談話室 ⑤食堂 ⑥浴室 ⑦レクリエーション・ルーム ⑧洗面所 ⑨便所 ⑩サービス・ステーション ⑪調理室 ⑫洗濯室又は洗濯場 ⑬汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 一部ユニット型の施設において、②、③、⑥、⑩、⑪、⑫及び⑬は、ユニット部分の入居者及びそれ以外の部分の入所者へのサービスの提供に支障がないときは、それぞれ1の設備をもって、ユニット部分及びそれ以外の部分に共通の設備とすることが可	平面図等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	(1) に掲げる施設は、専ら介護老人保健施設の用に供するものですか。 ※ 入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3)	【療養室】 療養室は、下記の基準を満たしていますか。 ・ 1の療養室の定員は、4人以下とすること ・ 入所者1人当たりの床面積は、8㎡以上とすること ・ 地階に設けてはならないこと ・ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・ 寝台又はこれに代わる設備を備えること ・ 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ること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	・ナース・コールを設けること ※ 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						
	(4) 【機能訓練室】 a 機能訓練室は、1㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	b 機能訓練室は、必要な器械・器具を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(5) 【談話室】 談話室は、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"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	(6) 【食堂】 食堂は、2㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	(7) 【浴室】 a 浴室は、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"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	b 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(8) 【レクリエーション・ルーム】 レクリエーション・ルームは、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"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	(9) 【洗面所】 洗面所は、療養室のある階ごとに設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	(10) 【便所】 便所は、下記の基準を満たしていますか。 ・療養室のある階ごとに設けること ・フザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること ・常夜灯を設けること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	《注意》 以下の(11)～(15)の項目については、ユニット型の施設及び一部ユニット型の施設が回答してください。(一部ユニット型の施設は、ユニット部分について回答してください。)				条例第44条		
	(11) 介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有していますか。 ①ユニット i)療養室 ii)共同生活室 iii)洗面所 iv)便所 ②診察室 ③機能訓練室 ④浴室 ⑤サービス・ステーション ⑥調理室 ⑦洗濯室又は洗濯場 ⑧汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 一部ユニット型の施設において、②、③、④、⑤、⑥、⑦及び⑧は、ユニット部分の入居者及びそれ以外の部分の入居者へのサービスの提供に支障がないときは、それぞれ1の設備をもって、ユニット部分及びそれ以外の部分に共通の設備とすることが可		平面図等	※(適・要検討・否)
	(12) 【ユニット】 a 「療養室」 療養室は、以下の基準を満たしていますか。 ・1の療養室の定員は、1人とすること ※ 入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることが可 ・療養室はいずれかのユニットに属するものとし、ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること ・1のユニットの入居定員は、おおむね10人以下とすること ・1の療養室の床面積は10.65㎡以上とすること ※ 入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合に2人部屋としたとき、その療養室の床面積は、21.3㎡以上とする。 ・地階に設けてはならないこと ・1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・寝台又はこれに代わる設備を備えること ・入居者の身の回り品を保管することができる設備を備えること ・ナース・コールを設けること ※ サービスに支障を来さない場合には、入居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可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
	<p>b 「共同生活室」 共同生活室は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活室はいずれかのユニットに属するものとし、ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること ・ 1の共同生活室の床面積は、2㎡に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すること ・ 入居者が食事・談話等をしたりに適したテーブル、椅子など、必要な設備及び備品を備えること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	<p>c 「洗面所」 洗面設備は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること ・ 身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	<p>d 「便所」 便所は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること ・ ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること ・ 常夜灯を設けること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄		
		適	不適						
		(13)	【機能訓練室】						
		a	機能訓練室は、1㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（適・要検討・否）	
		b	機能訓練室は、必要な器械・器具を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）	
		(14)	【浴室】						
		a	浴室は、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"/>		平面図等	※（適・要検討・否）	
		b	一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）	
		(15)	(13)～(14)に掲げる設備は、専らユニット型介護老人保健施設の用に供するものですか。 ※ 入居者に対する介護保健施設サービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（適・要検討・否）	
2	構造設備の基準	(1)	介護老人保健施設の建物は、耐火建築物となっていますか。 ※ 入所者の療養生活のために使用しない附属の建物は除く。 ※ 療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない場合は、準耐火建築物とすることができる。 《注意》 介護老人保健施設の建物が耐火建築物又は準耐火建築物の場合は、次の(2)の回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第5条	平面図等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
	(2)	<p>介護老人保健施設の建物が耐火建築物又は準耐火建築物ではない場合は、以下のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての建物であって、市長が火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認められていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スプリンクラー設備の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること ・非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること ・避難口の増設等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(4)	療養室等が3階以上の階にある場合は、避難階段を2以上設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(5)	【階段】 階段には手すりが設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(6)	<p>【廊下】</p> <p>a 廊下の幅（内法）は、1. 8m以上、中廊下の幅は、2. 7m以上となっていますか。</p> <p>※ ユニット型の介護老人保健施設にあっては、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者・従業者等の円滑な往来に支障が生じない場合は、1. 5m以上（中廊下にあつては1. 8m以上）で可</p> <p>※ 「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
		b 廊下に手すりを設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
		c 廊下に常夜灯を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(7)	介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
	(8)	消火設備その他の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"/>			平面図等	※(適・要検討・否)
Ⅲ 運営基準								
1 内容及び手続の説明及び同意	(1)	a	介護保健施設サービスの提供の開始に際し、入所申込者又はその家族に対し、重要事項(※)について記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について入所申込者の同意を得ていますか。 ※重要事項説明書に記載されているものに○印を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第6条	重要事項説明書等	※(適・要検討・否)
			項目	記入欄				
			・施設の目的及び運営方針					
			・従業者の職種、員数及び職務の内容					
			・入所定員					
			・入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額					
			・施設の利用に当たっての留意事項					
			・非常災害対策					
			・事故発生時の対応					
			・苦情処理の体制					
			・その他施設の運営に関する重要事項					
		b	介護保健施設サービスの提供の開始にあたっての入所申込者の同意については、書面によって確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※(適・要検討・否)
2 提供拒否の禁止	(1)		正当な理由(※)なく介護保健施設サービスの提供を拒んだことはありませんか。 ※ ①入院治療の必要がある場合、②入所者に対し自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合 等 《注意》 拒んだことがない場合は「適」に、拒んだことがある場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第7条	苦情受付簿等	※(適・要検討・否)
3 サービス提供困難時の対応	(1)		上記 2-(1) の正当な理由により、入所申込者に対し自ら必要なサービスの提供が困難な場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに取っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第8条	苦情受付簿、連絡票等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
			適	不適					
4 受給資格等の確認	(1)	被保険者証によって、被保険者資格等の確認を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第9条	被保険者証の写し等	※（適・要検討・否）	
	(2)	被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には、その意見に配慮して介護保健施設サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			被保険者証の写し等	※（適・要検討・否）	
5 要介護認定の申請に係る援助	(1)	a 入所申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第10条	支援経過記録等	※（適・要検討・否）	
		b 入所申込者が要介護認定を申請していない場合、入所申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			支援経過記録等	※（適・要検討・否）	
	(2)	要介護認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が満了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			支援経過記録等	※（適・要検討・否）	
6 入退所	(1)	心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要と認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第11条		※（適・要検討・否）	
	(2)	入所を待っている申込者がいる場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			入所判定に係る書類等	※（適・要検討・否）	
	(3)	入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			フェイスシート等	※（適・要検討・否）	
	(4)	入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうか定期的（少なくとも3月ごと）に検討し、その内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				モニタリング・入所継続検討会議等の記録	※（適・要検討・否）
	(5)	居宅において日常生活を営むことができるかどうかの検討に当たっては、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、介護支援専門員等の従業者の間で協議していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
	(6)	入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者及び退所後の主治医並びにその他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			退所時等指導加算等の記録	※（適・要検討・否）
7 サービス提供の記録	(1)	a 入所に際しては、入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を被保険者証に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第12条	被保険者証の写し等	※（適・要検討・否）
		b 退所に際しては、退所の年月日を被保険者証に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(2)	介護保健施設サービスを提供した際には、その提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況その他必要な事項を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			支援経過記録等	※（適・要検討・否）
8 利用料等の受領	(1)	法定代理受領サービスに該当する介護保健施設サービスを提供した際には、入所者から入所者負担分(1割、2割又は3割負担)の支払を受けていますか。 ※ 「法定代理受領サービス」とは、介護老人保健施設に対し、市又は国保連から直接施設介護サービス費（入所者負担分を除く。）が支払われる場合の介護保健施設サービスのことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第13条	入所者に対する請求書等	※（適・要検討・否）
	(2)	法定代理受領サービスでない介護保健施設サービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定介護保健施設サービスに係る費用の額との間に、不合理な差額を設けていませんか。 《注意》 設けてない場合には「適」に、設けている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
	(3)	a	以下の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		重要事項説明書等	※（適・要検討・否）
			① 食事の提供に要する費用 ② 居住に要する費用 ③ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ④ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ⑤ 理美容代 ⑥ 上記の費用のほか、介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められる費用 ※ ①～④までの同意は文書によるものでなければならない。					
		b	入所者又はその家族に請求する費用は、運営規程に定めている「利用料その他の費用の額」と整合がとれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		運営規程、重要事項説明書等	※（適・要検討・否）
9 保険給付の請求のための証明書の交付	(1)		法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した介護保健施設サービスの内容、費用の額などを記載したサービス提供証明書を入所者に交付していますか。 ※ ここでいう「サービス提供証明書」とは、入所者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したものをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第14条 サービス提供証明書の写し等	※（適・要検討・否）
10 介護保健施設サービスの取扱方針	(1)		介護保健施設サービスは、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、療養を妥当適切に行っていますか。 ※ ユニットのあある施設において、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより入居者の日常生活を支援することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第15条 施設サービス計画、アセスメントシート等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(2)	介護保健施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われていますか。 ※ 入所者のプライバシーの確保やユニットのある施設ではユニットで入居者がそれぞれ役割を持って生活を営むことができるなどの配慮を含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		施設サービス計画、アセスメントシート等	※（適・要検討・否）
	(3)	介護保健施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		施設サービス計画、支援経過記録等	※（適・要検討・否）
	(4)	介護保健施設サービスの提供に当たっては、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていますか。 《注意》 やむを得ない場合以外に、行っていない場合には「適」に、行っている場合は「不適」に、チェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		身体拘束に係る同意書、状況報告書3(1)、(2)等	※（適・要検討・否）
	(5)	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		身体拘束に係る同意書、経過観察記録等	※（適・要検討・否）
	(6)	a 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		状況報告書3(1)、(2)等	※（適・要検討・否）
		b 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"/>		状況報告書3(1)、(2)等	※（適・要検討・否）
		c 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上、新規採用時）に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		状況報告書3(1)、(2)等	※（適・要検討・否）
	(7)	自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		状況報告書3(10)等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
		適	不適					
11 施設サービス計画の作成	(1)	介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第16条	職員名簿、施設サービス計画等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	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、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設サービス計画等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			アセスメントシート等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(4)	アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に面接して行っていますか。 ※ 面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。※ 家族への面接については、テレビ電話等の通信機器等の活用により行われるものを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			アセスメントシート、支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(5)	入所者の希望、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、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容等を記載した施設サービス計画の原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設サービス計画、アセスメントシート等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(6)	サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			サービス担当者会議録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(7)	施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設サービス計画、支援経過記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(8)	施設サービス計画を作成した際には、施設サービス計画を入所者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設サービス計画、支援経過記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
	(9) a	施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録、施設サービス計画等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	b	施設サービス計画を変更する場合、施設サービス計画を作成する時と同様に(2)～(8)の一連の業務を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		入所者個人台帳等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(10)	モニタリングに当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情がない限り、以下により行っていますか。 ① 定期的に入所者に面接すること ② 定期的モニタリングの結果を記録すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録、支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(11)	以下の場合において、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。 ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合 ② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス担当者会議録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
12 診療の方針	(1)	医師の診療は、以下の方針によるものとなっていますか。 ・ 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う。 ・ 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行う。 ・ 常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行う。 ・ 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う。 ・ 特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならない。 ・ 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、又は処方してはならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第17条	カルテ、入所者個人台帳等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
13 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等	(1)	介護老人保健施設の医師は、入所者の病状からみて当該施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力病院その他適当な病院等への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第18条	カルテ、入所者個人台帳等	※（適・要検討・否）
	(2)	不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院等に通院させてはいませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			カルテ、入所者個人台帳等	※（適・要検討・否）
	(3)	入所者のために往診を求め、又は入所者を病院等に通院させる場合には、病院等の医師等に対し、入所者の診療状況に関する情報を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			医療機関への紹介状等	※（適・要検討・否）
	(4)	入所者が往診を受けた医師等又は通院した病院等の医師等から入所者の療養上必要な情報の提供を受けて、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"/>			医療機関からの情報提供書類	※（適・要検討・否）
14 機能訓練	(1)	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要な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"/>		条例第19条	リハビリテーション実施計画	※（適・要検討・否）
15 看護及び医学的管理の下における介護	(1)	看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行っていますか。 ※ ユニットの ある施設において、入居者が日常生活における家事を、その病状及び心身の状況等に応じて、それぞれ役割を持って行うよう適切に支援することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第20条	施設サービス計画、サービス担当者会議録、支援経過記録等	※（適・要検討・否）
	(2)	1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきを行っていますか。 ※ ユニットの ある施設では、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができただけの入浴機会を設けなければならないことを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			支援経過記録等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(3) a	入所者の病状及び心身の状況に応じ、トイレ誘導や排せつ介助など適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		状況報告書 1 (5)、(6) 等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	b	おむつを使用せざるを得ない場合、入所者の心身及び活動状況に適したおむつの提供し、適切におむつを交換していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		支援経過記録等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(4)	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の体制を整備していますか。				状況報告書 3 (8)等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(5)	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"/>		支援経過記録等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(6)	入所者に対して、その入所者の負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。 《注意》 受けさせていない場合には「適」に、受けさせている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		入所者に対する請求書、支援経過記録等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
16 食事の提供	(1)	栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供していますか。 ※ ユニットの施設において、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することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第21条	重要事項説明書、支援経過記録等	※（適・要検討・否）
	(2)	地産地消の観点に基づき、地域で生産された食材を使用し、及び地域の特色ある食事又は伝統的な食事を提供しよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	(3)	入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂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"/>			支援経過記録等	※（適・要検討・否）
17 相談及び援助	(1)	常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第22条	アセスメントシート、支援経過記録等	※（適・要検討・否）
18 その他のサービスの提供	(1)	適宜入所者のためのレクリエーション行事を行っていますか。 ※ ユニットの施設では、入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第23条	状況報告書3(13)等	※（適・要検討・否）
	(2)	常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保しよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設発行の会報等	※（適・要検討・否）
19 入所者に関する市への通知	(1)	入所者が以下のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村へ通知していますか。 ・ 正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ・ 偽りその他不正な行為により保険給付を受け、又は受けようとした場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第24条	市町村への通知の写し等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
		適	不適					
20 管理者による管理	(1) a	管理者は常勤の者を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第25条	職員勤務表等	※（適・要検討・否）
	b	管理者は専ら当該介護老人保健施設の管理業務に従事していますか。 ※ 管理業務に支障がないときは、兼務が可 《注意》 管理者が介護老人保健施設の管理業務のみに専従している場合は、次の(1)-cの回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		職員勤務表、組織図等	※（適・要検討・否）	
	c	管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切ですか。 → 下記の事項について記載してください。 ・介護老人保健施設内で他職種と兼務している場合はその職種名 （ ・同一敷地の他事業所等と兼務している場合は事業所等の名称、職種名、兼務事業所における1週間当たりの勤務時間数 事業所名：（ 職種名：（ 勤務時間：（ 《注意》 回答スペースが足りない場合は、適宜行を追加するなどの対応をお願いします。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		職員勤務表等	※（適・要検討・否）	
21 管理者の責務	(1)	管理者は、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"/>		条例第26条	組織図等	※（適・要検討・否）
22 計画担当介護支援専門員の責務	(1)	計画担当介護支援専門員は、以下に掲げる業務を行っていますか。 ・Ⅲ-6-(3) 入所申込者の心身の状況、生活歴等の把握 ・Ⅲ-6-(5) 入所者が居宅で日常生活を営むことについての検討と連携 ・Ⅲ-6-(6) 退所に際して、居宅介護支援事業者等との密接な連携 ・Ⅲ-32-(2) 苦情の内容等の記録 ・Ⅲ-34-(3) 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"/>		条例第27条	フェイスシート、入所継続検討の記録、施設サービス計画、支援経過記録、苦情受付簿、事故発生報告等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
23 運営規程	(1)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・施設の目的及び運営の方針 ・従業者の職種、員数及び職務の内容 ・入所定員（ユニット数、ユニットごとの入居定員を含む。） ・介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額（ユニット部分・それ以外の部分） ・施設の利用に当たっての留意事項 ・非常災害対策 ・その他施設の運営に関する重要事項 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第28条	運営規程	※（適・要検討・否）
24 勤務体制の確保等	(1)	入所者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供できるよう、介護老人保健施設ごとに従業者の勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員の配置等）を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第29条	職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(2)	当該施設の従業者によって、介護保健施設サービスを提供していますか。 ※ 調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表、組織図等	※（適・要検討・否）
	(3)	従業者の資質の向上のために、研修の機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書3(9)等	※（適・要検討・否）
《注意》 以下の(4)～(6)の項目については、ユニット型の施設及び一部ユニット型の施設が回答してください。								
	(4)	ユニットのある施設において、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が配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第51条	職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(5)	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が配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(6)	ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表	※（適・要検討・否）
25 定員の遵守	(1)	入所定員及び療養室の定員を超えずに、介護保健施設サービスの提供を行っていますか。 ※ 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第30条	状況報告書1(1)等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
		適	不適					
26 非常災害対策	(1) a	施設の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関等との連携体制等を整備し、それらを定期的に従業員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第31条	状況報告書 3(12)等	※(適・要検討・否)
	b	非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(12)等	※(適・要検討・否)
27 衛生管理等	(1) a	入所者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第32条	各種衛生検査記録等	※(適・要検討・否)
	b	医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故発生報告等	※(適・要検討・否)
	(2) a	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(以下「感染症対策委員会」という。)をおおむね3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(7)等	※(適・要検討・否)
	b	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"/>			状況報告書 3(7)等	※(適・要検討・否)
	c	食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			感染症対策委員会議事録等	※(適・要検討・否)
	d	インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するため厚労省担当課長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"/>			感染症対策委員会議事録等	※(適・要検討・否)
	e	介護職員その他の従業員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的(年2回以上、新規採用時)に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(7)等	※(適・要検討・否)
f	別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			保健所への報告書類等	※(適・要検討・否)	
28 協力病院	(1)	入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第33条	重要事項説明書等	※(適・要検討・否)
	(2)	あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
29 掲示	(1)	介護老人保健施設の見やすい場所に、運営規程の概要等のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第34条	施設内掲示物	※（適・要検討・否）
30 秘密保持等	(1)	従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第35条	状況報告書3(11)	※（適・要検討・否）
	(2)	居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			入所者等からの同意書等	※（適・要検討・否）
31 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	(1)	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第36条	会計帳簿	※（適・要検討・否）
	(2)	居宅介護支援事業者又はその従業者から、施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			会計帳簿	※（適・要検討・否）
32 苦情処理	(1)	提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情を受け付けるための相談窓口や苦情処理体制など必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第37条	状況報告書3(6)	※（適・要検討・否）
	(2)	苦情の受付日、内容等を記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書3(6)等	※（適・要検討・否）
	(3)	苦情があった場合、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、サービスの質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"/>			苦情受付簿等	※（適・要検討・否）
	(4)	提供した介護保健施設サービスに対する苦情に関する市・国保連の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 ※ 市又は国保連からの求めがあった場合、改善の内容を報告することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			市町村・国保連への調査報告書類等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
			適	不適					
33 地域との連携等	(1)	介護老人保健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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第38条	状況報告書 3(13)等	※(適・要検討・否)	
	(2)	提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他市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"/>				苦情受付簿等	※(適・要検討・否)
34 事故発生の防止及び発生時の対応	(1)	a	入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備していますか。 ※貴施設の指針に記載されている項目に○印を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第39条	状況報告書 3(4)等	※(適・要検討・否)
		項目		記入欄					
		・施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方							
		・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							
		・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針							
		・施設内で発生した介護事故等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							
		・介護事故等発生時の対応に関する基本方針							
	・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針								
・その他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									
(1)	b	事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、その事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制が整備されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(4)等	※(適・要検討・否)	
	c	事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的(年2回以上、新規採用時)に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				状況報告書 3(4)等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
		適	不適					
	(2)	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"/>		状況報告書3(4)、事故発生報告等	※(適 ・ 要検討 ・ 否)	
	(3)	事故の状況やその処置について、記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故・ヒヤリ・ハット報告綴	※(適 ・ 要検討 ・ 否)
	(4)	賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書3(4)等	※(適 ・ 要検討 ・ 否)
35 会計の区分	(1)	介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第40条	収支決算報告書等	※(適 ・ 要検討 ・ 否)	
36 記録の整備	(1)	従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第41条	関係書類	※(適 ・ 要検討 ・ 否)	
	(2)	介護保健施設サービスの提供に関する記録(施設サービス計画、サービス実施記録、身体拘束に関する記録等)を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設サービス計画、支援経過記録等	※(適 ・ 要検討 ・ 否)

自己点検表(加算等一覧)

○ 介護給付費算定加算一覧(貴事業所で実地指導月の前々月から過去1年間で算定した加算等の名称を記載してください)

	算定加算等の名称

介護老人保健施設

介護保健施設サービス 自己点検表（加算等）

点検項目	点検事項	点検結果	
基本型・在宅強化型	在宅復帰・在宅療養支援等指標	<input type="checkbox"/> 70以上	加算別表1を作成すること
		<input type="checkbox"/> 60以上	
		<input type="checkbox"/> 40以上	
		<input type="checkbox"/> 20以上 <input type="checkbox"/> 20未満	
	入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーションを実施している（在宅強化型）	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
療養型	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表2を作成すること
	算定日が属する月の前12月における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院して入所した者の占める割合から自宅等（法に規定する居宅サービス事業、介護予防サービス事業、地域密着型（介護予防）サービス事業並びに他の社会福祉施設を除く）から入所した者の占める割合を減じて得た数が35/100を超える	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が15/100以上又は日常生活自立度のランクMIに該当する者の占める割合が20/100以上。	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者等の合計数が40以下（看護オンコール体制の介護療養型老健に限る）	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤減算	夜勤を行う看護又は介護職員2人以上（40人以下は1以上）	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型の場合、夜勤を行う看護又は介護職員は2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
ユニットケア体制未整備減算	日中ユニットごとに常時1名以上の介護又は看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
	ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/> 未配置	

点検項目	点検事項	点検結果	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録	<input type="checkbox"/> 未整備	
	身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その内容を周知	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 未整備	
	身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
夜勤職員配置加算	夜勤を行う看護職員又は介護職員の数（1日平均夜勤職員数）が ①41床以上の場合、利用者数等が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ2名を超えて配置 ②40床以下の場合、利用者数等が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ1名を超えて配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症ケア加算を算定している場合は、認知症専門棟とそれ以外の部分それぞれで上記要件を満たしている。	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	入所（起算）日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 3月以内	
	1週につきおおむね3日以上実施（1回20分以上）	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去3月の間に介護老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがあり、4週以上入院した後介護老人保健施設に再入所し、短期集中リハビリテーションの必要がある	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがあり、4週未満の入院した後介護老人保健施設に再入所し、脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等を急性発症したか、上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による一肢以上の麻痺、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疾患又はその手術後である	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	入所（起算）日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 3月以内	
	精神科医師等により、認知症の入所者であっても生活機能の改善が見込まれると判断された者で、MMSE又はHDS-Rにおいておおむね5～25点に相当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーションマネジメントによる計画に基づき医師又は医師の指示を受けたPT等により記憶の訓練、日常生活活動訓練等を組み合わせたプログラムの提供を1週につき3日実施することを標準	<input type="checkbox"/> 該当	
	1人の医師又はPT等が1人に対して個別リハビリテーションを実施（1回20分以上）	<input type="checkbox"/> 実施	
	リハビリテーションに関する記録の保管の有無	<input type="checkbox"/> あり	実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等リハビリに関する記録
	過去3月の間に当該施設において当該加算を算定	<input type="checkbox"/> していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症ケア加算	認知症の利用者と他の利用者とを区別している	<input type="checkbox"/> している	
	自立度判定基準Ⅲ、Ⅳ、Mに該当し、認知症専門棟での処遇が適当と医師が認めた者	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うに適切な以下に掲げる基準に適合する施設及び設備		
	① 専ら認知症の入所者が入所する施設	<input type="checkbox"/> なっている	
	② ①の施設の入所定員は40人を標準とする	<input type="checkbox"/> なっている	
	③ ①の施設に入所定員の1割以上の個室を整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	④ ①の施設に1人当たり2㎡以上のデイルームを整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	⑤ ①の施設に入所者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30㎡以上の部屋の整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者の数は10人を標準	<input type="checkbox"/> なっている	
	介護保健施設サービスを行う単位ごとに固定した職員を配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	日中の入所者10人に対し常時1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	夜間、深夜に入所者20人に対し1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	ユニット型でないこと	<input type="checkbox"/> ユニットでない	
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
外泊時費用	外泊をした場合に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以下	加算別表3を作成すること
	外泊の初日及び最終日について算定（外泊期間中に併設医療機関に入院した場合の入院日以降の日について算定）	<input type="checkbox"/> していない	外泊期間中に退所した場合は最終日算定可
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	
外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	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に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以下	加算別表3を作成すること
	在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又は家族に対し、十分説明し、同意を得た上で実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成し、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	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	家族等に対し事前に指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	外泊の初日及び最終日について算定（外泊期間中に併設医療機関に入院した場合の入院日以降の日について算定）	<input type="checkbox"/> していない	外泊期間中に退所した場合は最終日算定可
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	外泊時費用を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
ターミナルケア加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表4を作成すること
	入所者又はその家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画が作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又はその家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い同意を得てのターミナルケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所していない月の自己負担がある場合、入所者側に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所後も入所者の家族指導等を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	ターミナルケアに係る本人又はその家族の意思確認等の日時、内容等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	適切なターミナルケアを担保するための職員間の相談日時、内容等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	本人又はその家族が個室を希望する場合で、意向に沿えるよう考慮し個室に移行した場合は従来型多床室の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定単位について		
	介護保健施設サービス費(I)若しくはユニット型介護保健施設サービス費(I)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	① 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日160単位	
	② 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日820単位	
	③ 死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,650単位	
	介護保健施設サービス費(II)、介護保健施設サービス費(III)、ユニット型介護保健施設サービス費(II)若しくはユニット型介護保健施設サービス費(III)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	① 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日160単位	
	② 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日850単位	
	③ 死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,700単位	

点検項目	点検事項	点検結果	
特別療養費	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
療養体制維持特別加算Ⅰ	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員又は介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で、短期入所療養介護利用者の数及び老健の入所者の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
療養体制維持特別加算Ⅱ	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表2を作成すること
	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の20以上であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること	<input type="checkbox"/> 該当	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙15-1）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」のA～Jの各項目について算定した数が合計40以上であること。	<input type="checkbox"/> 40以上	加算別表1を作成すること
	地域に貢献する活動を行っていること	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅱ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅱ）を算定しているものであること	<input type="checkbox"/> 算定している	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙15-1）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」のA～Jの各項目について算定した数が合計70以上であること	<input type="checkbox"/> 70以上	
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅲ）を算定しているものであること	<input type="checkbox"/> 算定している	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表5を作成すること
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内）	<input type="checkbox"/> なし	
	同一施設の短期入所療養介護を利用していた者が継続して入所した場合は、30日から入所直前の短期入所療養介護の利用日数を控除した日数を算定	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
再入所時栄養連携加算	入所時に経口により食事摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所した者	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療機関での栄養食事指導に老健の管理栄養士が同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	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が得られていること	<input type="checkbox"/> あり	
	再入所した場合に、1回に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養マネジメント加算を算定していること	<input type="checkbox"/> 該当	
入所前後訪問指導加算 I	介護保健施設サービス費（I）及びユニット型介護保健施設サービス費（I）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所期間が1月超と見込まれる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所予定日前30日から入所後7日までの間に、当該入所予定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	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所中1回限り	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所前に居宅を訪問した際は入所日が、入所後に訪問した際は訪問日が算定日	<input type="checkbox"/> 該当	
	病院又は診療所へのみの訪問、他の介護施設へのみの訪問、予定が変わり入所しなかったケースのいずれでもない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は、医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は入所者及びその家族に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	診療録等

点検項目	点検事項	点検結果	
入所前後訪問指導加算Ⅱ	介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所期間が1月超と見込まれる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所予定日前30日から入所後7日までの間に、当該入所予定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に当たり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設サービス計画の策定等に当たっては、次のいずれにも該当している。		
	①医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、栄養士、介護支援専門員等による会議を開催	<input type="checkbox"/> 該当	
	②入浴等の生活機能について、入所中に達成すべき改善目標を定めている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	③計画に、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含んでいる。	<input type="checkbox"/> 該当	
	④計画策定に当たり、終末期の過ごし方や看取りについて話し合うよう努め、入所予定者やその家族等が希望する場合にその内容を計画に含んでいる。	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所中1回限り	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所前に居宅を訪問した際は入所日が、入所後に訪問した際は訪問日が算定日	<input type="checkbox"/> 該当	
病院又は診療所のみでの訪問、他の介護施設のみでの訪問、予定が変わり入所しなかったケースのいずれでもない。	<input type="checkbox"/> 該当		
指導は、医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/> 該当		
指導は入所者及びその家族に実施	<input type="checkbox"/> 該当		
指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	診療録等	

点検項目	点検事項	点検結果	
試行的退所時指導加算	入所期間 1 月超の者を居宅において試行的に退所する場合	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表 6 を作成すること
	試行的退所時に入所者及びその家族等のいずれにも療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	最初に試行的退所を行った月から 3 月に限り、1 月に 1 回を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導の内容は、次のようなものであること。 a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 b 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 c 家屋の改善の指導 d 退所する者の介助方法の指導	<input type="checkbox"/> 該当	
	病状及び身体の状態に照らし、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等が、居宅において生活ができるかどうかや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	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明して同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	外泊時加算を算定していない（試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合は、算定可）	<input type="checkbox"/> 該当	
	（入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合）ベッドを短期入所療養介護に活用	<input type="checkbox"/> 該当	
	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をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	（試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合）居宅で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、施設サービス計画を変更し適切な支援を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	退所先が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所又は死亡退所でない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して指導	<input type="checkbox"/> 実施	
指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録等	

点検項目	点検事項	点検結果	
退所時情報提供加算	入所期間1月超の者が居宅で療養を継続する場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	本人の同意を得て退所後の主治の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介	<input type="checkbox"/> 実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
退所前連携加算	入所期間1月超の者が退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表7を作成すること
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て診療状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	指導記録等
訪問看護指示加算	退所に当たり、施設の医師が診療に基づき訪問看護が必要であると認めた場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	本人の同意を得て指定訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に対し訪問看護指示書を交付	<input type="checkbox"/> 交付	訪問看護指示書(様式あり)
	訪問看護指示書の写しの診療録等への添付	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
栄養マネジメント加算	常勤の管理栄養士1名以上を配置(1人の管理栄養士が同一敷地内の複数の介護保険施設の栄養ケアマネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定可)	<input type="checkbox"/> あり	加算別表8を作成すること
	栄養アセスメントを踏まえ医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)あり、介護保健施設サービス計画に包含可
	入所者又はその家族に栄養ケア計画を説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	上記同意が得られた日から栄養マネジメント加算の算定開始	<input type="checkbox"/> 満たす	
	栄養ケア計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/> 約2週間ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	“(リスク低)”	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 少なくとも1回/月実施	
	入所時及びおおむね3月ごとの栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
低栄養リスク改善加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養マネジメント加算を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	経口移行加算・経口維持加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	低栄養リスクが「高」の入所者	<input type="checkbox"/> 該当	
	新規入所時又は再入所時に算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理を行うための会議を行い、栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画、施設サービス計画に包含可
	月1回以上、栄養ケア計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又はその家族に栄養ケア計画を説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が当該入所者に対し食事の観察を週5回以上実施	<input type="checkbox"/> あり	
	同意が得られた日の属する月から起算して6月以内に算定（ただし、医師又は歯科医師の指示に基づき継続加算可）	<input type="checkbox"/> 該当	
	（入所者等の同意を得た月から起算して6月を超えた場合で）低栄養状態リスクの改善が認められず、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる者に対する医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> あり	
	6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> 約2週間ごと	
	褥瘡を有する場合、褥瘡マネジメント加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
経口移行加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表9を作成すること
	経管により食事摂取をしている者であって、経口による食事摂取のための栄養管理及び支援が必要と医師の指示	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成（栄養ケア計画と一体のものとして作成）	<input type="checkbox"/> あり	経口移行・経口維持計画(参考様式)を準用、介護保健施設サービス計画に包含可
	経口移行計画を入所者又はその家族に説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	経口移行計画に基づく医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及びST又は看護職員による支援の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者等の同意を得た日から起算して180日以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	(入所者等の同意を得た日から起算して180日を超えた場合で) 経口による食事摂取が一部可能になった者に対する継続管理の医師の指示	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 約2週間ごと	
	誤嚥性肺炎の危険性の確認	<input type="checkbox"/> 実施	
	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	<input type="checkbox"/> 実施	
	過去経口移行加算を算定したものの経口摂取に移行できなかった入所者に対する加算算定	<input type="checkbox"/> なし	
	栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算Ⅰ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表10を作成すること
	現に経口により食事を摂取している者で、摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影又は内視鏡検査等による。)、経口による食事摂取のための管理が必要との医師又は歯科医師の指示(ただし、歯科医師の指示の場合は指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合のみ)	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、S T、介護支援専門員等による入所者の栄養管理のための食事の観察及び会議の開催	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	経口移行・経口維持計画(参考様式)を準用、介護保健施設サービス計画に包含可
	経口維持計画を入所者又はその家族に説明して同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持計画に基づき、以下の事項を踏まえた栄養管理を実施 ・ 誤嚥等が発生した場合の管理体制の整備 ・ 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者等の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	(入所者等の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた場合で)引き続き水飲みテスト、造影撮影等により誤嚥が認められ特別な栄養管理が必要と医師又は歯科医師より指示された者から当該栄養管理をすることに対し同意を得られている場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> 約1月ごと	
	栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> あり	
経口移行加算の算定	<input type="checkbox"/> なし		
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	協力歯科医療機関の定め	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持加算(Ⅰ)の算定要件である「食事の観察及び会議」に医師(人員基準に規定する医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士、又はS Tの参加	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持加算(Ⅰ)の算定	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔衛生管理体制加算	施設における歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	加算別表 1 1 を作成すること
	助言、指導を行うに当たり、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で実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔ケア・マネジメント計画に口腔ケアを推進するための課題、目標、具体的方策、留意事項等必要な事項を記載	<input type="checkbox"/> あり	
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理体制加算を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、月 2 回以上の口腔ケアを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を実施		
	歯科衛生士が、当該入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応している	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族に確認し、加算内容の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔ケアを行う歯科衛生士が、口腔に関する問題点・歯科医師からの指示内容・口腔ケアの内容・介護職員への具体的な技術的助言及び指導内容等を記録し、当該施設に提出	<input type="checkbox"/> 該当	口腔衛生管理に関する実施記録(参考様式)
	上記実施記録を保管するとともに、必要に応じて写しを入所者に交付	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該歯科衛生士は、入所者の口腔状態により医療保険対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるよう、指示を受けている歯科医師等及び施設へ情報提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に訪問歯科衛生指導料を 3 回以上算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養食加算	管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	1日につき3回を限度	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立表の作成	<input type="checkbox"/> あり	
在宅復帰支援機能加算	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表12を作成すること
	算定日の属する月の前6月間内の退所者総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入所期間1月超)の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受け、退所者の在宅生活が1月以上継続する見込みの確認及びその記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が在宅に退所するにあたり、当該入所者及びその家族に対して退所後の居宅サービス等について在宅療養、機能訓練、家屋改善、介助方法等の相談援助を行い、必要に応じて入所者の同意を得て退所後居住地の市町村及び地域包括センター等に対し、入所者の介護状況を示す文書を添えて、居宅サービスに必要な情報を提供した	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定根拠の書類を整備	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果
かかりつけ医連携薬剤調整加算	6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者	<input type="checkbox"/> 該当
	当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者	<input type="checkbox"/> 該当
	1人につき1回を限度	<input type="checkbox"/> 該当
	退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者	<input type="checkbox"/> 該当
	当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり
緊急時治療管理	同一の利用者について月に1回、連続する3日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当
	所定疾患施設療養費を算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当
特定治療	医科診療報酬点数表第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第57条第3項に規定する保健医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当
所定疾患施設療養費 I	肺炎、尿路感染症、带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射が必要)の者に対し、投薬、検査、注射、処置等を実施	<input type="checkbox"/> 該当
	診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載している。	<input type="checkbox"/> 該当
	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。	<input type="checkbox"/> 該当
	同一の入所者について月に1回、連続する7日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当
	緊急時施設療養費を算定した日に当該加算を算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当

点検項目	点検事項	点検結果	
所定疾患施設療養費Ⅱ	肺炎、尿路感染症、带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射が必要)の者に対し、投薬、検査、注射、処置等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等(協力医療機関等と連携し実施した検査等を含む。)を診療録に記載している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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。	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護給付費請求明細書の摘要欄に診断、行った検査、治療内容等を記載	<input type="checkbox"/> あり	
	同一の入所者について月に1回、連続する7日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急時施設療養費を算定した日に当該加算を算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算Ⅰ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者、以下「対象者」という。)の割合が5割以上(前3月の各月末時点の入所者数の平均)	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表13を作成すること
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> あり	
	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実施	<input type="checkbox"/> あり	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者、以下「対象者」という。)の割合が5割以上(前3月の各月末時点の入所者数の平均)	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表13を作成すること
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> あり	
	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実施	<input type="checkbox"/> あり	
	専門的な研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等	<input type="checkbox"/> 実施	
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に施設入所・短期入所が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入先職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て施設入所を開始	<input type="checkbox"/> あり	加算別表14を作成すること
	退所に向けた施設サービス計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	①病院又は診療所に入院中の者、②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者、③認知症対応型共同生活介護、地域密着型(短期利用)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、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び短期利用認知症対応型共同生活介護を利用中の者が、直接、入所をしていない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> あり	
	入所した日から7日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断を行った医師名、日付、留意事項等を介護サービス計画書に記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	個室等の療養にふさわしい設備がある。	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者は入所前一月の間に当該施設に入所したことがなく、当該加算(他サービス含む)を算定したことがない。	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症情報提供加算	過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者で、施設内での診断が困難であると判断された者	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該入所者又はその家族の同意を得た上でその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等に紹介した場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所期間中に1回を限度	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
地域連携診療計画情報提供加算	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)を算定した保険医療機関を退院した者が老健に入所 ・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） ・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"/>	該当	
	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、入所者の治療等を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	入所者の同意を得た上で、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	<input type="checkbox"/>	該当	
	内容、開催日等必要な事項について診療録等への記載	<input type="checkbox"/>	あり	診療録等
	1人につき1回を限度	<input type="checkbox"/>	該当	
褥瘡マネジメント加算	基本型・在宅強化型老健	<input type="checkbox"/>	該当	
	入所者全員を対象	<input type="checkbox"/>	該当	
	褥瘡発生に係るリスクについて、モニタリング指標を用いて、施設入所時に評価し、少なくとも3月に1回評価を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	県に体制届を届け出た日に既に入所している者の褥瘡発生に係るリスクは、届出日の属する月に評価を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	上記評価結果を介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載し、厚労省へ報告（報告する評価結果は、施設入所時は入所後最初の評価、それ以外は算定月の最も末日に近い評価）	<input type="checkbox"/>	あり	
	関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成	<input type="checkbox"/>	あり	褥瘡対策に関するケア計画書（参考様式）、施設サービス計画に包含可
	褥瘡ケア計画について入所者又はその家族からの同意	<input type="checkbox"/>	あり	
	上記計画に基づき褥瘡管理を実施し、その内容や入所者の状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	あり	
	少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/>	あり	
3月に1回を限度に算定	<input type="checkbox"/>	該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
排せつ支援加算	要介護認定調査の排尿又は排便の状態が「一部介助又は「全介助」と評価される排せつに介護を要する入所者	<input type="checkbox"/> 該当	施設サービス計画に包含可
	適切な対応を行うことにより、6月以内に「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り」等に改善することが見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護師が上記判断をする場合は、その内容について支援開始前に医師に報告している。また、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して原因を分析、支援計画を個別に作成し、支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、軽減の見込みの内容、要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うもので、支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認している	<input type="checkbox"/> 該当	
	支援を開始した日の属する月から起算して6月以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一入所期間中に算定している場合は算定しない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ (イ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表15を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ (ロ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表15を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の割合が7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表15を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	直接処遇職員の総数のうち勤続年数3年以上の職員の割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表15を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 【平成33年3月31日まで】	1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	賃金改善の計画、介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類等
	2 介護職員処遇改善計画書（賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載）を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告	<input type="checkbox"/> 該当	
	5 労働基準法等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	<input type="checkbox"/> 該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	7 次の①、②及び③のいずれにも該当		
	①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等（賃金に関するもの含む）の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	③介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判断する仕組みを書面で定め、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	8 これまで（平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで）の介護職員の処遇改善内容、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	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①または②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6のいずれにも適合し、かつ、7の①、②、8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	

加算別表1

介護老人保健施設(基本型・在宅強化型) 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況

【実地指導実施月の前々月までの状況】

A 在宅復帰率

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
居室への退所者数																		
前6月合計 ①	/	/	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
退所者数																		
前6月合計 ②	/	/	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
死亡した者の数																		
前6月合計 ③	/	/	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/(②-③)	/	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。

※ 居室とは、病院、診療所及び介護保健施設を除くものである。

※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす。

※ 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居室への退所者に含まない。

B ベッド回転率

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
入所者数															
前3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規入所者数															
前3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規退所者数															
前3月合計 ③	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(②+③)/2 ④	/	/	/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30.4/(①/④)	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、このほかに、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

※ 新規入所者とは、当該月に当該施設に入所した者をいう(再入所含む)。それ以前から入所していた者は、新規入所者数としない。

※ 新規退所者とは、当該月に退所した者をいう。死亡した者及び医療機関へ退所した者も含む。

A
在宅復帰・在宅療養支援機能指標

B
在宅復帰・在宅療養支援機能指標

C 入所前後訪問指導割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
新規入所者のうち入所前後訪問指導を行った者															
前3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規入所者数															
前3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 居宅を訪問し、当該者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った者の数。また、居宅とは、病院、診療所及び介護保健施設を除くものである。
 ※ 退所後に当該者の自宅ではなく、ほかの社会福祉施設等に入所する場合であつて、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者を含む。

※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所したものについては、入所者数には算入しない。

C	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

加算別表1

D 退所前後訪問指導割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
新規退所者のうち退所前後訪問指導を行った者															
前3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規退所者数															
前3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。

※ 退所後に当該者の自宅ではなく、ほかの社会福祉施設等に入所する場合であつて、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者を含む。

※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす。

D	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

E 居宅サービスの実施状況（提供実績ありの場合は“1”を記入）

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
訪問リハビリテーション															
通所リハビリテーション															
短期入所療養介護															

※ 当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であつて、相互に職員の兼務や施設の共有等が行われているものを含む。

E	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

F リハ専門職員の配置割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
リハ職員の勤務延時間数															
直近3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リハ職員の勤務すべき時間数															
直近3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者数															
直近3月合計 ③	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日数															
直近3月合計 ④	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②/③*④*100	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。

※ 1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

※ 毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

F	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

加算別表1

G 支援相談員の配置割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
支援相談員の勤務延時間数															
直近3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
支援相談員の勤務すべき時間数															
直近3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者数															
直近3月合計 ③	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日数															
直近3月合計 ④	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②/③*④*100	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次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職員をいう。

※ 1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

※ 毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

G	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

H 要介護度4又は5の割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
要介護4の入所者の日数															
要介護5の入所者の日数															
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
直近3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者日数															
直近3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

H	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

I 喀痰吸引の実施割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
喀痰吸引を実施した入所者数															
直近3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者数															
直近3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

I	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

※ 喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。

※ 過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されているものを含む。

加算別表1

J 経管栄養の実施割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
経管栄養を実施した入所者数															
直近3月合計 ①	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者数															
直近3月合計 ②	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

J	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

※ 喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。

※ 過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持監査又は栄養マネジメント加算を算定されているものを含む。

合計	在宅復帰・在宅療養支援機能指標

加算別表3

自己点検表(加算別表)

外泊時費用について

【実地指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

○外泊者の状況

入所者名	外泊期間	外泊時費用算定期間	外泊場所	空きベッドとした居室名	空きベッドの短期入所療養介護への活用の有無
	～ (日間)	日間			有・無
	～ (日間)	日間			有・無
	～ (日間)	日間			有・無
	～ (日間)	日間			有・無
	～ (日間)	日間			有・無

※1 実地指導の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「外泊場所」については、居宅、病院、旅行による宿泊等を記入してください。

※3 「空きベッドの短期入所療養介護への活用の有無」については、入所者の同意を得て短期入所療養介護に空きベッドを活用した場合は「有」に、活用がなければ「無」に○を記入してください。

在宅サービスを利用したときの費用

【実地指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

○外泊時在宅サービスを利用した入所者

入所者名	外泊期間	算定日数	入所者等の同意日	在宅サービス計画の作成日	在宅サービスの内容	空きベッドとした居室名	空きベッドの短期入所への活用の有無
	～ (日間)	日					有・無
	～ (日間)	日					有・無
	～ (日間)	日					有・無
	～ (日間)	日					有・無
	～ (日間)	日					有・無

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「入所者等の同意日」については、入所者又はその家族に対し、加算の趣旨を説明し、同意を得た日を記載してください。

※3 「在宅サービスの内容」については、提供した居宅サービスを記載してください。

※4 「空きベッドの短期入所療養介護への活用の有無」については、入所者の同意を得て短期入所療養介護に空きベッドを活用した場合は「有」に、活用がなければ「無」に○を記入してください。

加算別表4

自己点検表(加算別表)

ターミナルケア加算について

【実地指導実施月の前々月の状況】
(年 月)

○ターミナルケアの状況

No.	入所者名	医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師が診断した日	入所者の死亡日	死亡した場所	退所日及び退所先	介護保健施設サービス費(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定の有無	入所者のターミナルケアに係る計画		左記ターミナルケアに係る計画に対する入所者家族等の同意日	居室の形態	個室でのターミナルケアの希望の確認の有無
							計画作成日	上記計画作成担当者・共同作成者の職種名			
1						有・無					有・無
2						有・無					有・無
3						有・無					有・無

※1 実地指導の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「死亡した場所」「退所先」には、当該施設、居宅等、他の医療機関を記入してください。

※3 「介護保健施設サービス費(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定の有無」は、算定していれば「有」に○を、算定していなければ「無」に○を記入してください。

※4 「居室の形態」には、入所者が亡くなられた際に利用していた居室の形態、「個室」、「多床室」等を記入してください。

※5 「個室でのターミナルケアの希望の確認の有無」には、個室でのターミナルケアの意向確認を行った場合に「有」に○を、意向確認を行わなかった場合に「無」に○を記入してください。

No.	入所していない月で自己負担が生じた場合の入所者側に対する説明		施設退所後の入所者家族への継続した指導等の記録	入所者の状態又は家族の求め等に応じ、随時ターミナルケアを変更するために入所者家族等に説明し、同意を得ている状況									
				ターミナルケアに係る計画の変更の有無	ターミナルケアの変更①			ターミナルケアの変更②			ターミナルケアの変更③		
					書面での同意の有無	入所者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録	書面での同意の有無	入所者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録	書面での同意の有無	入所者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録
1	有・無			有・無	有・無			有・無			有・無		
2	有・無			有・無	有・無			有・無			有・無		
3	有・無			有・無	有・無			有・無			有・無		

※6 「書面での同意の有無」には、書面で説明し同意を得ていた場合に「有」に○を、書面での同意を得ていない場合に「無」に○を記入してください。

※7 「施設退所後の入所者家族への継続した指導等の記録」とは、施設退所の後も継続して行った入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等の記録を指し、当該記録の記載場所、例えば支援経過記録等を記入してください。

※8 「口頭同意の場合の記録」には、当該記録の記載場所、例えば支援経過記録等を記入してください。

自己点検表(加算別表)

初期加算について

○初期加算を算定した入所者

入所者名	入所日	過去の入所実績		認知症高齢者の日常生活自立度のランク区分	短期入所からの連続入所の有無	入所日から30日間の外泊の有無	備 考
		過去の入所の有無	直近の退所日				
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	
		有・無			有・無	有・無	

※1 実地指導の前々月以前の3か月分について、状況を記入してください。なお、当該期間に該当がない場合は、事例のある直近の3か月分の状況について記入願います。

※2 「入所日」とは、当該加算算定に係る起算日となる入所日を記入してください。

※3 「過去の入所実績」の「過去の入所の有無」については、過去に入所実績がある場合、「有」に○を、ない場合に「無」に○を記入してください。また、「有」に○を付けた場合は「直近の退所日」に直近の退所した日付を記入してください。

※4 「短期入所からの連続入所の有無」については、当該事業所の併設又は空床利用の短期入所療養介護から日を空けずに引き続き入所したかの有無について、連続入所していた場合「有」に○を、連続して入所していない場合「無」に○を記入してください。

自己点検表(加算別表)

試行的退所時指導加算について

○試行的退所時指導加算を算定した入所者

入所者名	入所日	試行的退所期間	退所先	指導の記録					※試行的退所の場合のみ記入					
				指導日	指導を行った職員の職種名	指導を受けた対象者名	退所後の療養上の指導内容	記録場所	居宅での療養継続検討記録の有無	検討を行った職種名	入所者等の同意の有無	試行的退所中の居宅サービス等の利用の有無	居宅に退所できない場合の施設サービス計画変更の有無	
										有・無		有・無	有・無	有・無
										有・無		有・無	有・無	有・無
										有・無		有・無	有・無	有・無
										有・無		有・無	有・無	有・無
										有・無		有・無	有・無	有・無

※1 美地指導の前々月以前の3か月分について、状況を記入してください。なお、当該期間に該当がない場合は、事例のある直近の3か月分の状況について記入願います。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記入してください。

※3 「指導の記録」の「退所後の療養上の指導内容」には指導内容を以下のa～dのうちから選んで記入してください。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位交換、起座又は離床等の各種訓練に関する指導
- c 家屋の改善の指導
- d 退所する者の介助方法の指導

また、「記録場所」には、当該記録をどこに記録しているか、例えば、施設支援経過記録等と記入してください。

※4 「居宅での療養継続検討記録の有無」、「入所者等の同意の有無」「試行的退所中の居宅サービス等の利用の有無」、「居宅に退所できない場合の施設サービス計画変更の有無」には、それぞれありの場合「有」に、ない場合「無」に○を記入してください。

加算別表7

自己点検表(加算別表)

退所前連携加算について

○退所前連携加算を算定した入所者

入所者名	入所日	退所日	退所先	連携の記録(居宅介護支援事業者への情報提供)					
				入所者の 同意の 有無	情報提供・調整 を図った職員 の職種名	連携を 行った日	情報提供先	連携内容	記録場所

※1 実地指導の前々月以前の3か月分について、状況を記入してください。なお、当該期間に該当がない場合は、事例のある直近の3か月分の状況について記入願います。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記入してください。

※3 「連携の記録」の「入所者の同意の有無」には、居宅介護支援事業所への情報提供の承諾の有無を、「連携を行った日」には、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者へ情報提供し調整を図った日付を、「情報提供先」には、情報提供した居宅介護支援事業所名を、「連携内容」には連携を行った内容の要点の記録を、「記録場所」には、当該記録をどこに記録しているかを記入してください。

自己点検表(加算別表)

栄養マネジメント加算について

加算別表8

○栄養マネジメント加算を算定した入所者の栄養ケア計画作成状況

(年 月)

No.	入所者名	入所日	入所時等の栄養状態、課題の把握		低栄養状態のリスクレベル	栄養ケア計画作成日	栄養ケア計画のモニタリング間隔の記載	栄養ケア計画作成担当者及び共同作成者の職種名	栄養ケア計画の入所者等の同意取得日	第2回スクリーニング	栄養ケア計画の見直しの有無	第3回スクリーニング	栄養ケア計画の見直しの有無
			スクリーニング	アセスメント									
1													
2													
3													
4													

※1 実地指導月の6か月前に入所した者についての状況を記入してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の事例について記入してください。

※2 「スクリーニング」には、栄養スクリーニングを実施した日付を、「アセスメント」には、栄養アセスメントを行った日付を、「低栄養状態のリスクレベル」には「高」、「中」、「低」を記入してください。

※3 「栄養ケア計画のモニタリング間隔の記載」には、栄養ケア計画にモニタリング間隔が記載されていればその期間を記入して、記載されていなければ空欄としてください。

※4 「第2回スクリーニング」、「第3回スクリーニング」には、スクリーニングした日付を、「栄養ケア計画の見直しの有無」については、スクリーニング結果を受けておおむね3か月毎に計画を見直しているかの有無を上段に、当該見直しに係る利用者等への説明の有無を下段に記入してください。

○栄養マネジメント加算を算定した入所者のモニタリング状況

No.	入所者名	モニタリング記録													体重計測					
		第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
1																				
2																				
3																				
4																				

※ 「モニタリング記録」、「体重計測」には、モニタリングや体重計測を実施した日付を記載してください。

自己点検表(加算別表)

加算別表9

経口移行加算について

○経口移行加算を算定した入所者

入所者名	経管による食事摂取の有無	経口摂取のための栄養管理及び支援が必要として医師指示の有無	経口移行計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者等への説明・同意日	加算算定終了日	※ 180日超の加算算定の場合のみ記入					同加算算定経験の有無
							180日超の加算算定の有無	経管による一部食事摂取の有無	医師の指示①	医師の指示②	医師の指示③	
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無

※1 実地指導の前々月についての状況を記入してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「経管による食事摂取の有無」には、経管栄養で食事摂取を行っている入所者の場合、「有」に○を、そうでない場合、「無」に○を記入してください。

※3 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、経口移行計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記入してください。

※4 「左記計画の入所者等への説明・同意日」については、経口移行計画を入所者等に説明し同意を得た日を記入してください。

※5 「180日超の加算算定の有無」には、180日を超えて当該加算を算定している場合は「有」に、そうでない場合は「無」に○を記入してください。

※6 「経管による一部食事摂取の有無」には、経管栄養で一部食事摂取が可能な入所者の場合、「有」に○を、そうでない場合、「無」に○を記入してください。

※7 「医師の指示①～③」には、経口移行を継続する医師からの指示を受けた日付を記入してください。

※8 「同加算算定経験の有無」は以前、同加算を180日間に渡り算定したことがある場合「有」に、ない場合「無」に○を記入してください。

自己点検表(加算別表)

経口維持加算(Ⅰ)、(Ⅱ)について

加算別表10

○経口維持加算を算定した入所者

入所者名	特別な食事摂取管理が必要な根拠		経口維持計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者等の同意日	加算算定終了日	※ 6ヶ月超の加算算定の場合のみ記入						
							6ヶ月超の加算算定の有無	継続して特別な食事摂取管理が必要な根拠		医師の指示①	入所者の同意	医師の指示②	入所者の同意
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					

※1 実地指導の前々月についての状況を記入してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「特別な食事摂取管理が必要な根拠」には、摂食機能障害の状況と誤嚥確認の方法を記入・選択してください。

※3 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、経口維持計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記入してください。

※4 「左記計画の入所者等への説明・同意日」については、経口維持計画を入所者等に説明し同意を得た日を記入してください。

※5 「継続して特別な食事摂取管理が必要な根拠」には、引き続き継続する必要があると判断した、摂食機能障害の状況と誤嚥確認の方法を記入してください。

※6「医師の指示①、②」「入所者の同意」には、経口維持を継続する医師からの指示を受けた日付、入所者の同意を得た日付を記入してください。

○経口維持加算を算定した入所者の続き

入所者名	栄養管理のための食事の観察及び会議の開催状況①		左記会議等の参加者の職種	人員基準に規定する医師以外の医師の参加の有無	栄養管理のための食事の観察及び会議の開催状況②		左記会議等の参加者の職種	人員基準に規定する医師以外の医師の参加
	食事の観察	会議			食事の観察	会議		
	食事の観察	・		有・無	食事の観察	・		有・無
	会議	・			会議	・		
	食事の観察	・		有・無	食事の観察	・		有・無
	会議	・			会議	・		
	食事の観察	・		有・無	食事の観察	・		有・無
	会議	・			会議	・		
	食事の観察	・		有・無	食事の観察	・		有・無
	会議	・			会議	・		

自己点検表(加算別表)

口腔衛生管理体制加算について

加算別表11

○口腔ケア・マネジメント計画について

計画作成日	施設で入所者の口腔ケアを推進するための課題	施設における目標	具体的方策	留意事項	施設と歯科医療機関との連携の状況	(下記で歯科衛生士が技術的助言等を行っている場合)歯科医師の指示内容の要点

※1 計画作成日については、口腔ケア・マネジメント計画を作成した日付を記入してください。

※2 貴施設で作成している口腔ケア・マネジメント計画の内容について記入してください。当該計画の写しの提出で代えることもできます。

○歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に口腔ケアに係る技術的助言、指導

実施者名	職名	技術的助言・指導の実施状況(実地指導を行う日の前々月から前1年間分)											
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
		時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	

※1 「実施者名」には技術的助言・指導を行った者の名前を、「職名」にはその者の資格名を記載願います。

※2 「技術的助言・指導の実施状況」には、上段に実施年月日を、下段には実施時間帯を記入してください。

自己点検表(加算別表)

在宅復帰支援機能加算について

加算別表12

【実地指導実施月の前々月までの状況】

○退所者数の推移

(年 月)

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
退所者数 ※ ①														
①の前6月合計 ②							0	0	0	0	0	0	0	0
①のうち在宅復帰者 ③														
③の前6月合計 ④							0	0	0	0	0	0	0	0
④/② ⑤							#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
加算算定月 ※2														

※1 その月において、入所期間が1月を超えていた退所者数を記入してください。(ただし在宅・入所相互利用加算の対象者は除く。)

※2 加算を算定した日がある月に○を記入してください。

【実地指導実施月の前々月までの状況】

○在宅復帰者の状況

(年 月)

入所者名	入所日	退所日	退所先	在宅期間が1月以上継続見込みであることの確認		相談援助の記録		市町村等への情報提供	
				確認日	確認方法	相談援助日	相談内容	入所者の同意の有無	提供先
								有・無	
								有・無	
								有・無	

※1 実地指導の前々月を含む1年間の状況を記入してください。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記載してください。

※3 「相談援助の記録」の「相談援助日」には、相談援助を行った日付を、「相談内容」には相談援助内容を以下のa~dのうちから選んで記載してください。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- b 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各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退所する者の介助方法に関する相談援助

※4 「市町村等への情報提供」の「入所者の同意の有無」には、市町村等への情報提供について入所者から同意を得ている場合は、「有」に○を、同意を得ていない場合は「無」に記入してください。

自己点検表(加算別表)

認知症専門ケア加算について

加算別表13

【実地指導実施月の前々月までの状況】

(年 月)

○日常生活に支障をきたすおそれ等のある認知症症状を有する入所者の状況等

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
対象者数※ ①(②+③+④)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日常生活自立度Ⅲの入所者数 ②														
日常生活自立度Ⅳの入所者数 ③														
日常生活自立度Mの入所者数 ④														
入所者総数 ⑤														
対象者の割合 ①/⑤*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
認知症介護に係る専門的な研修修了者数														

※ 月末時点の状況を記入すること。

○認知症介護(の指導)に係る専門的な研修修了者

職員名	受講した研修名 及び受講年月日	認知症ケアの 指導

※ 「認知症ケアの指導」には、施設全体の認知症ケアの指導を行っている者に○を記入してください。

○専門的な認知症ケアのチーム体制

※ 専門的な認知症ケアのチーム体制を記入してください。

○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

開催日	参加者	会議の内容

○認知症ケアに関する介護・看護職員ごとの研修計画

認知症ケアに係る研修計画の有無	有 ・ 無
-----------------	-------

自己点検表(加算別表)

認知症行動・心理症状緊急対応加算

加算別表14

【実地指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

○認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した利用者

利用者名	利用開始日	利用を適当と判断した年月日及び医師名	利用者等の同意の有無	病院、診療所、介護保険施設等からの連続利用の有無	記録の有無	備考

※1 実地指導の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「利用開始日」については、当該加算を算定した際の利用開始日を記載してください。

※3 「利用を適当と判断した年月日及び医師名」については、医師が緊急に入所が必要と判断した年月日とその医師の名前を記載してください。

※4 「利用者等の同意の有無」については、当該利用について利用者又は家族の同意がある場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※5 「病院、診療所、介護保険施設等からの連続利用の有無」については、病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設等に入院又は入所中の者、認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が、直接、当該施設の利用を開始している場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※6 「記録の有無」については、介護サービス計画書に判断した医師名、日付、留意事項等を記録している場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

自己点検表(加算別表)

サービス提供体制強化加算

加算別表15

(1) 加算の種類について ① 加算Ⅰ ② 加算Ⅱ ③ 加算Ⅲ ※該当する加算を○で囲ってください。

(2) 人材要件について(該当する加算について、前年度実績を記入してください。)

① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

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(人)
①	介護職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%)

※ 1 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たつて必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。

※ 3 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

※ 4 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。

② サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

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(人)
①	看護・介護職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち常勤職員の人数												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%)

※ 1 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。

③ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

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(人)
①	直接サービスを提供する職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち勤続年数3年以上の者の人数(常勤換算)												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%)

※ 1 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 直接サービスを提供する職員の範囲は、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士として勤務を行う職員を指す。

※ 3 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤務年数をいうものとする。具体的には、平成31年4月における勤務年数3年以上の者とは、平成31年3月31日時点で勤務年数が3年以上の者をいう。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

※ 4 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。