**介護サービス事業所自己チェックリスト**

**令和４年１０月版**

**介護老人保健施設**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○記入日 | 令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| ○法人名 |  | | | | |
| ○事業所名 |  | | | | |
| ○事業所所在地 |  | | | | |
| ○電話番号・FAX番号 | 電話番号 |  | FAX番号 | |  |
| ○メールアドレス |  | | | | |
| ○管理者 | （役職名） | | | （氏名）  印 | |
| ○記載担当者 | （役職名） | | | （氏名）  印 | |

石川県　厚生政策課　指導監査グループ　　電話：０７６－２２５－１４１３

**介護サービス事業者自己チェックリストの作成について**

１ 趣　旨

利用者に適切な介護サービスを提供するためには、事業者自らが自主的に事業の運営状況をチェックし、人員、設備及び運営に関する基準が守られているかを常に確認することが必要です。

そこで、県では介護サービス事業者ごとに、自己チェックリストを作成し、運営上の必要な事項について、自己チェックをお願いすることにしました。

また、県が行う実地指導においても自己チェックリストの活用を図ることとしました。

２ 実施方法

（１）毎年定期的にチェックを行ってください。

（２）事業所への実地指導が行われる際には、他の事前提出資料とともに、チェックした自己チェックリストを県へ提出していただきます。

なお、この場合に事業所側で控えを必ず保管してください。

（３）管理者の方が中心となって、各項目について検討のうえチェックしてください。

（４）チェックした自己チェックリストについては、実施後３年間の保管をお願いします。

（５）「いる・いない・該当なし」等の判定については、該当する項目の□にチェックをしてください。

また、点検結果欄に「□該当なし」がない場合であって、該当事例がない場合には、点検結果欄の選択肢を斜線等で消してください。

３　自己チェックの範囲

施設の形態に応じて、下の表の範囲について自己チェックを実施してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の形態 | 自己チェックを行う範囲 |
| ユニット型でない施設 | 「第１　基本方針」～「第５　開設許可等の変更」(P.1～71)、「第７　介護給付費の算定及び取扱い」～「第８　その他」(P.91～167)の範囲について自己チェックを実施してください。  ※「第６　ユニット型介護老人保健施設」(P.71～90)は、除きます。 |
| 施設全体がユニット型の施設 | 次の範囲について自己チェックを実施してください。  ○　「第２　人員に関する基準」(P.2～10)  ○　「第４　運営に関する基準」(P.17～70)のうち、次の範囲を除いた範囲  「８　利用料等の受領」(P.20～23)  「18　看護及び医学的管理の下における介護」(P.38～40)  「19　食事の提供」(P.40～41)  「21　その他のサービスの提供」(P.42)  「26　運営規程」(P.43～44)  「28　定員の遵守」(P.47)  ○　「第５　開設許可等の変更」(P.70～71)  ○　「第６　ユニット型介護老人保健施設」(P.71～90)  ○　「第７　介護給付費の算定及び取扱い」(P.91～166)  ○　「第８　その他」(P.166～167) |
| 施設の一部がユニット型の施設 | 「第１　基本方針」～「第８　その他」まで、全体について自己チェックを実施してください。 |

４　「根拠法令」の欄は、次の事項を参照してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ・｢法｣ | 介護保険法(平成9年法律第123号) |
| ・｢施行規則｣ | 介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号) |
| ・｢労安法｣ | 労働安全衛生法(昭和47年法律第57号) |
| ・｢労安則｣ | 労働安全衛生規則(昭和47年労働省令32号) |
| ・｢省令｣ | 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(平成11年厚生省令第40号) |
| ・｢条例｣ | 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例(平成24年12月27日条例第49号) |
| ・｢条例規則｣ | 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例施行規則(平成24年12月27日規則第57号) |
| ・｢解釈通知｣ | 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について  (平成12年3月17日・老企第44号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知) |
| ・｢報酬告示｣ | 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日・厚生省告示第21号) |
| ・｢留意事項通知｣ | 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日・老企第40号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知) |
| ・｢利用者等告示｣ | 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年3月23日・厚生省告示第94号) |
| ・｢大臣基準告示｣ | 厚生労働大臣が定める基準(平成27年3月23日・厚生省告示第95号) |
| ・｢施設基準｣ | 厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年3月23日・厚生省告示第96号) |
| ・｢平12厚告27｣ | 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法  (平成12年2月10日・厚生省告示第27号) |
| ・｢平12厚告29｣ | 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年2月10日　厚生省告示第29号) |
| ・｢平12厚告123｣ | 厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等(平成12年3月30日・厚生省告示第123号) |
| ・｢平17厚労告419｣ | 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年9月7日・厚生労働省告示第419号) |
| ・｢平18厚労告268｣ | 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  (平成18年3月31日・厚生省告示第268号) |
| ・｢平12老企54｣ | 通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて  (平成12年3月30日・老企第54号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知) |
| ・｢平13老振10｣ | 介護老人保健施設に関して広告できる事項について(平成13年2月22日・老振発第10号　厚生労働省老健局振興課長通知) |
| ・｢平13老発155｣ | 「身体拘束ゼロ作戦」の推進について(平成13年4月6日・老発第155号　厚生労働省老健局長通知) |
| ・｢昭63.11.11老健第24｣ | 介護老人保健施設における防火、防災対策について(昭和63年11月11日・老健第24号　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知) |

**介護サービス事業者自己チェックリスト目次**

**目　　次**

**第１　　基本方針　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１**

**第２　　人員に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１**

**第３　　施設及び設備に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７**

**第４　　運営に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４**

**第５　　開設許可等の変更　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５３**

**第６　　ユニット型介護老人保健施設　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５４**

**第７　　介護給付費の算定及び取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７２**

**第８　　その他　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３６**

**別冊　介護サービス情報の公表 （全事業共通）**

| **自己チェック項目** | **自己チェックのポイント** | **根拠法令** | **点検結果** |
| --- | --- | --- | --- |
| **第１　基本方針** |  |  |  |
| **１　基本方針** | 事業運営の方針は、基本方針に沿ったものとなっていますか。 | 法第96条第1項 |  |
| ①　施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指していますか。 | 条例第2条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めていますか。 | 条例第2条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町等、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | 条例第2条第3項 | □いる  □いない |
| ④　入所者の人権の擁護、入所者に対する虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じていますか。 | 条例第2条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　介護保健施設サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一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ますか。  　※　介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について  介護保健施設サービスの提供に当たっては、介護保険法第118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければなりません。  この場合において、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term careInformation system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましいです。 | 条例第２条第５項  解釈通知第４の１ | □いる  □いない |
| **第２　人員に関する基準** | |  |  |
| **１　医師** | ①　常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置していますか。  ※　常勤換算方法は、当該従業者のそれぞれの勤務延時間数の総数を当該介護老人保健施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。 | 法第97条第2項  省令第2条第1項第1号  省令第2条第3項 | □いる  □いない |
|  | ②　常勤の医師を１人以上配置していますか。 | 解釈通知第2の1(1) | □いる  □いない |
|  | ③　介護医療院又は病院若しくは診療所と併設(同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合)されている介護老人保健施設にあっては、必ずしも常勤の医師の配置は必要ではありません。  したがって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えありませんが、このうち１人は、入所者全員の病状等を把握し、施設療養全体の管理に責任を持つ医師となっていますか。 | 解釈通知第2の1(1)、(2) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ④　兼務の医師については、日々の勤務体制が明確に定められていますか。  　　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、介護保険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ありません。 | 解釈通知第2の1(2)、（3） | □いる  □いない  □該当なし |
| **２　薬剤師** | 介護老人保健施設の実情に応じた適当数(入所者の数を300で除した数以上が標準)の薬剤師が配置されていますか。 | 条例規則第2条第1項第1号  解釈通知第2の2 | □いる  □いない |
| **３　看護職員及び介護職員** | ①　常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに看護職員又は介護職員を１以上配置していますか。 | 条例規則第2条第1項第2号 | □いる  □いない |
|  | ②　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。  ※　看護職員の員数については、「看護・介護職員の総数の７分の２程度を標準とする」とされているが、この標準を下回ることによって直ちに人員基準欠如及び減算の対象となるものではありませんが、介護老人保健施設の基本方針に照らし、適切な看護サービスの提供を確保する観点から、「標準」を満たす看護職員の確保が必要となります。 | 条例規則第2条第1項第2号  平15.6.30  厚労省老健局事務連絡Q15 | □いる  □いない |
|  | ③　看護・介護職員は、当該介護老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職員をもって充てていますか。  ※　ただし、業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合及び看護・介護職員が当該介護老人保健施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合は、次の二つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えありません。  ア　常勤職員である看護・介護職員が基準省令によって算定される員数の100分の70程度確保されていること。  イ　常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。  　　また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤換算法における延勤務時間に、併設事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。 | 解釈通知第2の3 | □いる  □いない |
|  | ④　夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間)の配置は、次の基準を満たしていますか。  ア　ユニット型でない場合　　　　２名(定員40名以下で、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は１名)以上  イ　ユニット型の場合　　　　　　２ユニットごとに１名以上 | 平12厚告29・6 | □いる  □いない |
| **４　支援相談員** | ①　支援相談員は、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。 | 条例規則第2条第1項第3号 | □いる  □いない |
|  | ②　支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、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のにふさわしい常勤職員を充てていますか。  ア　入所者及び家族の処遇上の相談  イ　レクリエーション等の計画、指導  ウ　市町との連携  エ　ボランティアの指導 | 解釈通知第2の4(1) | □いる  □いない |
| **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の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置していますか。  ※　介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において訪問リハビリテーションのサービスの提供に当たることは差し支えありません。  ただし、常勤換算方法における勤務延時間数に、訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含めることはできません。 | 条例規則第2条第1項第4号  解釈通知第2の5 | □いる  □いない |
| **６　栄養士又は管理栄養士** | 入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては、常勤の栄養士を１人以上配置していますか。  ※　ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えありません。  なお、入所定員が100人未満の施設においても、常勤職員の配置に努めてください。 | 条例規則第2条第1項第5号  解釈通知第2の6 | □いる  □いない  □該当なし |
| **７　介護支援専門員** | ①　１以上の介護支援専門員を配置していますか。  入所者の数が100又はその端数が増すごとに１を標準とします。 | 条例規則第2条第1項第6号 | □いる  □いない |
|  | ②　専らその業務に従事する常勤の者を１人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、当該介護老人保健施設の他の職務に従事することができます。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る時間として算入することができます。 | 条例規則第2条第4項  解釈通知第2の7(2) | □いる  □いない |
|  | ③　居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務を行っていませんか。  ※　ただし、入所者が100人又はその端数を増すごとに増員した非常勤の介護支援専門員については兼務することができます。 | 解釈通知第2の7(2) | □いる  □いない |
|  | ④　介護支援専門員証の有効期限を更新していますか。  ※　住所、氏名等に変更があった場合は届出が必要です。 |  | □いる  □いない |
| **８　調理員、事務員その他の従業者** | 介護老人保健施設の設置形態等の実情に応じた適当数の調理員、事務員その他の従業者を配置していますか。  ※　ただし、併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては配置しない場合があっても差し支えありません。 | 条例規則第2条第1項第7号  解釈通知第2の8(2) | □いる  □いない |
| **９　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、従業者の勤務体制を定めていますか。 | 条例第29条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　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。 | 解釈通知第4の25(1) | □いる  □いない |
|  | ③　夜間の安全確保及び入所者のニーズに対応するため、看護・介護職員による夜勤体制を確保していますか。 | 解釈通知第4の25 (2) | □いる  □いない |
|  | ④　また、休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとっていますか。 | 解釈通知第4の25 (2) | □いる  □いない |
|  | ⑤　介護保健施設サービスは、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務を除き、当該施設の従業者によって提供されていますか。  ※　入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務(調理・洗濯等)については、第三者への委託等を行うことが認められます。 | 条例第29条第2項  解釈通知第4の25 (3) | □いる  □いない |
|  | ⑥　従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。  ※　介護老人保健施設の各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に職員の研修の機会を確保するように努めてください。 | 条例第29条第3項  解釈通知第4の25 (4) | □いる  □いない |
|  | ⑦　全ての老人保健施設従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。  ※　当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第５条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。  ※　当該義務付けの対象とならない者は、同条第３項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。 | 条例第29条第3項  解釈通知第4の25の(4) | □いる  □いない |
|  | ⑧　適切な老人保健施設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。  ※　事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、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、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意してください。  イ　事業主が講ずべき措置の具体的内容  事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18 年厚生労働省告示第615 号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上構ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりです。  ａ 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発  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・啓発すること。  ｂ 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備  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、労働者に周知すること。  なお、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、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24 号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30 条の２第１項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100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てください。  ロ　事業主が講じることが望ましい取組について  パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。介護現場では特に、利用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（事業者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です。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にしてください。  （https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_05120.html）  加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれからの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましいです。 | 条例第29条第4項  解釈通知第4の25の(5) | □いる  □いない |
| **10　入所者数の算定** | 従業者の員数を算定する場合の入所者の数は、前年度の平均値としていますか。  新規に許可を受けた場合、増床した場合、減床した場合は、それぞれ適正な数により算定していますか。 | 条例規則第2条第2項  解釈通知第2の9(5) | □いる  □いない |
| **第３　施設及び設備に関する基準** | |  |  |
| **１　施設** | ①　次の施設を備えていますか。   |  |  | | --- | --- | | ア　療養室 | ク　洗面所 | | イ　診察室 | ケ　便所 | | ウ　機能訓練室 | コ　サービス・ステーション | | エ　談話室 | サ　調理室 | | オ　食堂 | シ　洗濯室又は洗濯場 | | カ　浴室 | ス　汚物処理室 | | キ　レクリエーション・ルーム |  | | 法第97条第1項  条例第4条 | □いる  □いない |
|  | ②　機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルームを区画せず、１つのオープンスペースとしている場合、入所者に対するサービスの提供に支障を来さないよう全体の面積は各々の施設の基準面積を合算したもの以上となっていますか。 | 解釈通知第3の2(1)① | □いる  □いない  □該当なし |
| **２　施設の基準**  **(１)　療養室** | ①　１つの療養室の定員は４人以下になっていますか。 | 省令第3条第2項第1号イ | □いる  □いない |
|  | ②　入所者１人当たりの床面積は、８平方メートル以上になっていますか。  ※　ただし、療養室に洗面所を設置した場合に必要となる床面積及び収納設備の設置に要する床面積は、基準面積に含めて差し支えありません。 | 省令第3条第2項第1号ロ  解釈通知第3の2(1)②ｲa | □いる  □いない |
|  | ③　経過措置による配置基準は満たしていますか。  (経過措置)  介護保険法施行法第８条第１項の規定により介護保険法第94条第１項の規定による開設許可を受けた者とみなされるもののうち、「老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準の一部を改正する省令(平成６年厚生省令第１号)」附則第２項の規定(病床転換に係る老人保健施設の床面積の特例)の適用を受けていた施設については、「８平方メートル」とあるのは「６平方メートル」とします。 | 省令附則第4条 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ④　療養室を地階に設けていませんか。 | 省令第3条第2項第1号ハ | □いる  □いない |
|  | ⑤　療養室には１以上の出入口が、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けられていますか。 | 省令第3条第2項第1号ニ | □いる  □いない |
|  | ⑥　寝台又はこれに代わる設備を備えていますか。 | 省令第3条第2項第1号ホ | □いる  □いない |
|  | ⑦　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。 | 省令第3条第2項第1号ヘ | □いる  □いない |
|  | ⑧　ナース・コールを設けていますか。  ※　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ありません。 | 省令第3条第2項第1号ト  解釈通知第3の2(1)②ｲb | □いる  □いない |
| **(２)　入所者等が選定する特別な療養室** | ①　特別な療養室の定員は１人又は２人になっていますか。 | 平12厚告123・1のニ(1) | □いる  □いない |
|  | ②　特別な療養室の定員の合計数が入所定員のおおむね５割を超えていませんか。 | 平12厚告123・1のニ(2) | □いる  □いない |
|  | ③　特別な療養室の施設、設備等は、利用料のほかに特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払いを入所者等から受けるのにふさわしいものとなっていますか。 | 平12厚告123・1のニ(4) | □いる  □いない |
|  | ④　特別な療養室の提供は、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われていますか(サービス提供上の必要性から行われるものでないこと。)。 | 平12厚告123・1のニ(5) | □いる  □いない |
|  | ⑤　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額は、運営規程に定められていますか。 | 平12厚告123・1のニ(6) | □いる  □いない |
| **(３)　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。 | 解釈通知第3の2(1)②ロ | □いる  □いない |
| **(４)　機能訓練室** | １平方メートルに入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、理学療法士又は作業療法士の指導下における運動機能やＡＤＬ(日常生活動作能力)の改善を中心とした訓練に必要な器械・器具を備えていますか。 | 省令第3条第2項第2号  解釈通知第3の2(1)②ハ | □いる  □いない |
| **(５)　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、ソファー、テレビその他の教養娯楽設備等を備えていますか。 | 条例規則第3条第1項第1号  解釈通知第3の2(1)②ニ | □いる  □いない |
| **(６)　食堂** | ①　２平方メートルに入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有していますか。 | 条例規則第3条第1項第2号 | □いる  □いない |
|  | ②　経過措置による配置基準は満たしていますか。  (経過措置)  みなし介護老人保健施設であって、平成４年９月30日以前に老人保健施設として開設されたものについては、「２平方メートル」とあるのは「１平方メートル」とします。 | 条例規則附則第2項 | □いる  □いない  □該当なし |
| **(７)　浴室** | ①　身体の不自由な人が入浴するのに適したものとなっていますか。 | 条例規則  第3条第1項第3号イ | □いる  □いない |
|  | ②　一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする人の入浴に適した特別浴槽を設けていますか。 | 条例規則  第3条第1項第3号ロ | □いる  □いない |
|  | ③　入浴に全面的な介助を必要とする人に必要な特別浴室については、その出入りに当たってストレッチャー等の移動に支障を生じないよう構造設備上の配慮がされていますか。 | 解釈通知第3の2(1)②ホ | □いる  □いない |
| **(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。 | 条例規則第3条第1項第4号 | □いる  □いない |
| **(９)　洗面所** | 療養室のある階ごとに設けていますか。 | 条例規則第3条第1項第5号 | □いる  □いない |
| **(10)　便所** | ①　療養室のある階ごとに設けていますか。 | 条例規則  第3条第1項第6号イ | □いる  □いない |
|  | ②　ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な人が使用するのに適したものとなっていますか。 | 条例規則  第3条第1項第6号ロ | □いる  □いない |
|  | ③　常夜灯を設けていますか。 | 条例規則  第3条第1項第6号ハ | □いる  □いない |
| **(11)　サービス・ステーション** | 看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けていますか。 | 解釈通知第3の2(1)②ヘ | □いる  □いない |
| **(12)　調理室** | 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けていますか。 | 解釈通知第3の2(1)②ト | □いる  □いない |
| **(13)　汚物処理室** | 他の施設と区別された一定のスペースを有していますか。 | 解釈通知第3の2(1)②チ | □いる  □いない |
| **(14)　その他** | ①　焼却炉、浄化槽、その他の汚物処理設備及び便槽を設ける場合には、療養室、談話室、食堂、調理室から相当の距離を隔てて設けていますか。 | 解釈通知第3の2(1)②リa | □いる  □いない |
|  | ②　床面積を定めない施設については、各々の施設の機能を十分に発揮し得る適当な広さを確保するよう配慮していますか。 | 解釈通知第3の2(1)②リb | □いる  □いない |
|  | ③　薬剤師が施設内で調剤を行う場合には、薬剤師法の規定により、調剤所を設置し調剤所で行っていますか。 | 解釈通知第3の2(1)②リc | □いる  □いない |
| **(15)　施設の専用** | 上記「(１) 療養室」から「(13) 汚物処理室」の施設は、専ら当該介護老人保健施設の用に供するものとなっていますか。  ※　ただし、老人保健施設と病院等が併設されており、両方の入所者等の処遇に支障がない場合には、共用が認められる施設もあります。 | 条例規則第3条第2項  解釈通知第3の2(1)③ | □いる  □いない |
| **３　構造設備の基準** | ①　建物のうち、療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーション・ルーム、便所等入所者が日常継続的に使用する施設(以下「療養室等」という。)については、建築基準法に規定する耐火建築物となっていますか。  ※　ただし、療養室等を２階以上の階及び地階のいずれにも設けていない建物は、準耐火建築物とすることができます。 | 条例第5条第1項  解釈通知第3の3(1) | □いる  □いない |
|  | ②　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。 | 条例規則第4条第3項第1号 | □いる  □いない |
|  | ③　経過措置による構造設備の基準を満たしていますか。  (経過措置)  みなし介護老人保健施設であって、「老人保健施設基準」附則第３条の規定の適用を受けていた施設の構造設備については、②(エレベーターに係る部分に限る)の規定は適用されません。 | 条例規則附則第3項  解釈通知第3の4(3) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ④　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けていますか。  ※　ただし、②の直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができます。 | 条例規則第4条第3項第2号 | □いる  □いない |
|  | ⑤　階段の傾斜は緩やかで、原則として両側に手すりを設けていますか。 | 条例規則第4条第3項第3号  解釈通知第3の3(3) | □いる  □いない |
|  | ⑥　廊下の構造は次のとおりとなっていますか。 | 条例第5条第3項 |  |
|  | ア　廊下の幅は、1.8メートル以上となっていますか(内法によるものとし、手すりから測定するものとする。)  また、中廊下(廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下)の幅は、2.7メートル以上となっていますか。 | 解釈通知第3の3(4) | □いる  □いない |
|  | イ　廊下幅について、経過措置による構造設備の基準は満たしていますか。  (経過措置)  みなし介護老人保健施設であって、老人保健施設基準附則第２条第１項の規定の適用を受けていた施設の構造設備については、アの規定は適用されません。 | 条例附則第2項  解釈通知第3の4(4) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ウ 手すりは設けてありますか。 | 条例規則第4条第3項第3号 | □いる  □いない |
|  | エ 常夜灯は設けてありますか。 | 条例規則第4条第3項第3号 | □いる  □いない |
|  | ⑦　入所者の身体の状態等に応じたサービスの提供を確保するため、車椅子、ギャッチベッド、ストレッチャー等を備えていますか。 | 条例規則第4条第3項第4号  解釈通知第3の3(5) | □いる  □いない |
|  | ⑧　家庭的な雰囲気を確保するため、木製風のベッド、絵画、鉢植え等の配置や壁紙の工夫等に配慮するとともに、教養・娯楽のための本棚、音響設備、理美容設備等の配置に努めていますか。 | 条例規則第4条第3項第4号  解釈通知第3の3(6) | □いる  □いない |
|  | ⑨　車椅子等による移動に支障のないよう床の段差をなくすよう努めていますか。 | 条例規則第4条第3項第4号  解釈通知第3の3(7) | □いる  □いない |
|  | ⑩　介護老人保健施設と病院等の施設を同一建物として建築する場合は、表示を明確にしていますか。 | 条例規則第4条第3項第4号  解釈通知第3の3(8) | □いる  □いない  □該当なし |
| **第４　運営に関する基準** | |  |  |
| **１　内容及び手続の説明及び同意** | 介護保健施設サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を、わかりやすい説明書(重要事項説明書)やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該施設から介護保健施設サービスの提供を受けることにつき書面により入所申込者の同意を得ていますか。 | 条例第6条第1項  解釈通知第4の2 | □いる  □いない |
| **２　提供拒否の禁止** | 正当な理由なく、介護保健施設サービスの提供を拒んでいませんか。  ※　原則として、入所申込に対して応じなければならないことを規定したものであり、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものです。  提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、入院治療の必要がある場合その他入所者に対し自ら適切な介護保険サービスを提供することが困難な場合です。 | 条例第7条  解釈通知第4の3 | □いる  □いない |
| **３　サービス提供困難時の対応** | 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。  ※　入所申込者の病状からみて、その病状が重篤なために介護老人保健施設での対応が困難であり、病院又は診療所での入院治療が必要であると認められる場合には、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければなりません。 | 条例第8条  解釈通知第4の4 | □いる  □いない |
| **４　受給資格等の確認** | ①　介護保健施設サービスの提供の申込みがあった場合には、申込者に介護保険被保険者証の提示を求め、被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間を確かめていますか。 | 条例第9条第1項  解釈通知第4の5(1) | □いる  □いない |
|  | ②　上記①の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、当該認定審査会意見に配慮した介護保健施設サービスを提供するよう努めていますか。 | 条例第9条第2項  解釈通知第4の5(2) | □いる  □いない |
| **５　要介護認定の申請に係る援助** | ①　入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認していますか。  また、申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。 | 条例第10条第1項  解釈通知第4の6(1) | □いる  □いない |
|  | ②　要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行っていますか。 | 条例第10条第2項  解釈通知第4の6の(2) | □いる  □いない |
| **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であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供していますか。  ※　介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練等が必要な要介護者を対象とするものです。 | 条例第11条第1項  解釈通知第4の7(1) | □いる  □いない |
|  | ②　入所申込者の数が、入所定員から入所者数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案して、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。 | 条例第11条第2項  解釈通知第4の7(2) | □いる  □いない |
|  | また、優先的な入所の取扱いをする際、透明性及び公平性に留意していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ③　入所申込者の入所に際しては、入所者の家族等に対し、居宅での療養への移行の必要性、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行うとともに、入所者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴、家族の状況、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。  ※　質の高い介護保健施設サービスの提供に資する観点から、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければなりません。 | 条例第11条第3項  解釈通知第4の7(3) | □いる  □いない |
|  | ④　入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて、入所後早期に検討していますか。 | 条例第11条第4項  解釈通知第4の7(4) | □いる  □いない |
|  | また、その後の検討は、定期的(少なくとも３か月ごと)に行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑤　上記④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。 | 条例第11条第5項 | □いる  □いない |
|  | ⑥　上記④の定期的な検討の経過及び結果について、記録していますか(記録は５年間の保存です。)。 | 条例第11条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑦　入所者の退所に際しては、本人又はその家族に対し、家庭での介護方法等に対する適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | 条例第11条第6項  解釈通知第4の7(5) | □いる  □いない |
| **７　サービス提供の記録** | ①　入所に際しては、当該入所者の被保険者証に、入所の年月日並びに介護老人保健施設の名称を、退所に際しては退所の年月日を記載していますか。 | 条例第12条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの提供日、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、その完結の日から５年間保存していますか。 | 条例第12条第2項 | □いる  □いない |
| **８　利用料等の受領**  **(ユニット型を除く)** | ①　法定代理受領サービスとして提供される介護保健施設サービスについての入所者負担として、法48条第２項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用(食事の提供に要する費用、居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除いて算定)の額を除いた額の１割又は２割(法の規定の適用により保険給付の率が９割又は８割でない場合については、それに応じた割合)の支払いを受けていますか。 | 条例第13条第1項  解釈通知第4の9(1) | □いる  □いない |
|  | ②　法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供した際に入所者から支払いを受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである介護保健施設サービスに係る費用の額との間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けていませんか。 | 条例第13条第2項  解釈通知第4の9(2) | □いる  □いない |
|  | ③　次に掲げる費用以外の支払いを受けていませんか。  ア　食事の提供に要する費用  イ　居住に要する費用  ウ　「入所者等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  エ　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  オ　理美容代  カ　上記アからオに掲げるもののほか、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もの(以下「その他の日常生活費」という。) | 条例第13条第3項  条例規則第6条第1項  解釈通知第4の9 (3)  平12老企54 | □いる  □いない |
|  | ④　上記③カの費用の具体的な範囲については、次のア～サのとおり、平成12年３月30日老企第54号通知「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」に沿って適切に取り扱っていますか。 |  |  |
|  | ア　「その他の日常生活費」は、入所者又はその家族等の自由な選択に基づき、施設が提供するサービスの一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費としていますか。 | 平12老企54・1 | □いる  □いない |
|  | イ　施設が行う便宜の供与であっても、サービスの提供と関係のないもの(利用者等の嗜好品の購入等)については、「その他の日常生活費」と区別していますか。 | 平12老企54・1 | □いる  □いない |
|  | ウ　「その他の日常生活費」は、保険給付の対象となっているサービスと重複していませんか。 | 平12老企54・2の① | □いる  □いない |
|  | エ　保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されない曖昧な名目による費用(お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金等)を受領していませんか。 | 平12老企54・2の② | □いる  □いない |
|  | オ　「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われていますか。 | 平12老企54・2の③ | □いる  □いない |
|  | カ　「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得ていますか。 | 平12老企54・2の③ | □いる  □いない |
|  | キ　「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内としていますか。 | 平12老企54・2の④ | □いる  □いない |
|  | ク　「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は施設の運営規程において定め、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示していますか。  ただし、その都度変動する性質の「その他の日常生活費」の額は、「実費」という形で定めてよいこととなっています。 | 平12老企54・2の⑤ | □いる  □いない |
|  | ケ　個人用の日用品等を施設がすべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の① | □いる  □いない |
|  | コ　すべての利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用(共用の談話室等にあるテレビやカラオケ設備の使用料等)を「その他の日常生活費」として徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の② | □いる  □いない |
|  | サ　介護老人保健施設の入所者及び短期入所療養介護の利用者のおむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代、処理費用等おむつに係る費用は一切徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の④ | □いる  □いない |
|  | ⑤　上記③ア～カに掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、入所者の同意を得ていますか。 | 条例第13条第4項  平12老企54・2の③ | □いる  □いない |
|  | ⑥　上記③ア～カに掲げる費用の額について、運営規程と異なる内容で徴収しているものはありませんか。 | 条例第28条第1項第4号 | □いる  □いない |
|  | ⑦　介護保健施設サービスその他のサービスの提供に要した費用につきその支払いを受ける際、当該支払いをした入所者に対し、領収証を交付していますか。 | 法第48条第7項 | □いる  □いない |
|  | ⑧　上記⑤の領収証に、介護保健施設サービスについて入所者から支払いを受けた費用の額のうち、法第48条第２項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現にサービスに要した費用を超える場合には現にサービスに要した費用の額)の100分の10に相当する額、標準負担額及びその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | 施行規則第82条 | □いる  □いない |
|  | ⑨　上記③ウの特別な室料を徴収する場合には「入所者等が選定する特別な療養室」の基準を満たしていますか。 | 平17.10Q&A問39 | □いる  □いない |
|  | ⑩　預り金の出納管理に係る費用を入所者等から徴収する場合には、次の点を厳守して適切に管理していますか。  ア　責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること。  イ　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が行われていること。  ウ　入所者等との保管依頼書(契約書)、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていること。  エ　出納経理状況を定期的に入所者の家族に報告し、その確認を得ていること。 | 平12老企54別紙(7)の③ | □いる  □いない |
| **９　居住費及び食費** | ①　居住及び食事の提供に係る契約の締結に当たっては、入所者又はその家族に対し、その契約内容について文書により事前に説明を行っていますか。 | 平17厚労告419・1のイ | □いる  □いない |
|  | ②　その契約内容について、入所者等から文書により同意を得ていますか。 | 平17厚労告419・1のロ | □いる  □いない |
|  | ③　居住及び食事の提供に係る利用料について、その具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに、施設内の見やすい場所に掲示を行っていますか。 | 平17厚労告419・1のハ | □いる  □いない |
|  | ④　居住費に係る利用料は、居住環境の違いに応じて、それぞれ次に掲げる額を基本としていますか。  ア　ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室  →　室料及び光熱水費に相当する額  イ　多床室  →　光熱水費に相当する額 | 平17厚労告419  2のイの(1)の(ⅰ)(ⅱ) | □いる  □いない |
|  | ⑤　居住費に係る利用料の水準の設定に当たって勘案すべき事項は、次のとおりとしていますか。  ア　利用者等が利用する施設の建設費用(修繕費用、維持費用を含み、公的助成の有無についても勘案すること。)  イ　近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用 | 平17厚労告419  2のイの(2)の(ⅰ)(ⅱ) | □いる  □いない |
|  | ⑥　食事の提供に係る利用料は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としていますか。 | 平17厚労告419・2のロ | □いる  □いない |
|  | ⑦　入所者が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料は、上記の居住費及び食事の提供に係る利用料と明確に区分して受領していますか。 | 平17厚労告419・3 | □いる  □いない |
| **10　身体的拘束等の禁止** | ①　介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。   |  | | --- | |  | | 【身体拘束禁止の対象となる具体的行為】  ア　徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。  イ　転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。  ウ　自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。  エ　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。  オ　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。  カ　車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。  キ　立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。  ク　脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる  ケ　他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。  コ　行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。  サ　自分の意思で開けることのできない療養室等に隔離する。 | |  | | 条例第15条第4項  解釈通知第4の10(2)  平13老発155  (身体拘束ゼロへの手引き) | □いる  □いない |
|  | ②　管理者及び従業者は、身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っていますか。 | 平13老発155・2､3 | □いる  □いない |
|  | ③　管理者及び各職種の従業者で構成する「身体拘束廃止委員会」などを設置し、施設全体で身体拘束廃止に取り組むとともに改善計画を作成していますか。  ※　改善計画に盛り込むべき内容  ア　施設内の推進体制  イ　介護の提供体制の見直し  ウ　「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続き  エ　施設の設備等の改善  オ　施設の従業者その他の関係者の意識啓発のための取り組み  カ　入所者の家族への十分な説明  キ　身体拘束廃止に向けての数値目標 | 平13老発155・3､5 | □いる  □いない |
|  | ④　緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、医師は、その態様及び時間、利用者の心身の状況及び緊急やむを得なかった理由を診療録に記載していますか。 | 条例第15条第5項  解釈通知第4の11(1)(2) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | なお、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」などを参考にして、文書により家族等にわかりやすく説明し同意を得ていますか。 | 平13老発155・6(1)(2) | □いる  □いない |
|  | ⑤　緊急やむを得ず身体拘束を行った場合には、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」などを参考にして、利用者の日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、従業者間、家族等関係者の間で直近の情報を共有していますか。 | 平13老発155・6(2) | □いる  □いない |
|  | ⑥　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  　※　テレビ電話装置等を活用する際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | 解釈通知第4の11の(3) | □いる  □いない |
|  | ⑦　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営していますか。  （関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。） | 解釈通知第4の11の(3) | □いる  □いない |
|  | ⑧　下記項目を盛り込んだ身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。  　　ア　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  　　イ　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  　　ウ　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  　　エ　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  　　オ　身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針  　　カ　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針  　　キ　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 | 解釈通知第4の11の(4) | □いる  □いない |
|  | ⑨　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年２回以上実施していますか。 | 解釈通知第4の11の(5) | □いる  □いない |
| **11　サービスの評価** | 施設では、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、常に改善を図っていますか。 | 条例第15条第7項 | □いる  □いない |
| **12　施設サービス計画の作成** | ①　施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することのないよう留意していますか。 | 解釈通知第4の12 | □いる  □いない |
|  | ②　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の主要な過程を担当させていますか。 | 条例第16条第1項  解釈通知第4の12(1) | □いる  □いない |
|  | ③　施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めていますか。  ※　施設サービス計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要です。このため、施設サービス計画の作成又は変更に当たっては、入所者の希望や課題分析結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的活動によるサービス等も含めて施設サービス計画に位置付けることにより、総合的な計画となるように努めなければなりません。 | 条例第16条第2項  解釈通知第4の12 (2) | □いる  □いない |
|  | ④　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて、入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握していますか。  ※　施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要です。このため計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければなりません。  課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じてい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することであり、入所者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要です。なお、課題分析は、計画担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければなりません。 | 条例第16条第3項  解釈通知第4の12 (3) | □いる  □いない |
|  | ⑤　計画担当介護支援専門員は、上記④に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行っていますか。  この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。  ※　計画担当介護支援専門員は、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わなければなりません。  この場合において、入所者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければなりません。なお、このため、計画担当介護支援専門員は、面接技法等の研鑽に努めることが重要です。また、家族への面接については、幅広く課題を把握する観点から、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みます。 | 条例第16条第4項  解釈通知第4の12 (4) | □いる  □いない  □いる  □いない |
|  | ⑥　計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療方針に基づき、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、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項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。  ※　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければなりません。  したがって、施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地並びに介護老人保健施設の医師の治療方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要があります。  また、当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス(医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等)に係る目標を具体的に設定し記載する必要があります。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行いうるようにすることが重要です。  なお、ここでいう介護保健施設サービスの内容には、施設の行事及び日課を含むものです。  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ること。 | 条例第16条第5項  解釈通知第4の12(5) | □いる  □いない |
|  | ⑦　計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者(医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者)を招集して行う会議)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。  ※　計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要です。  なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があります。  サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。ただし、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければなりません。  なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。  なお、同項で定める他の担当者とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び管理栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指します。 | 条例第16条第6項  解釈通知第4の12 (6)  解釈通知第4の12 (6) | □いる  □いない |
|  | ⑧　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について、入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得ていますか。  ※　施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければなりません。このため、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画の作成に当たっては、これに位置付けるサービスの内容を説明した上で、文書によって入所者の同意を得ることを義務づけることにより、サービスの内容への入所者の意向の反映の機会を保障しようとするものです。 | 条例第16条第7項  解釈通知第4の12 (7) | □いる  □いない |
|  | ⑨　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付していますか。  ※　施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければなりません。なお、交付した当該施設サービス計画の写しは、５年間保存しておかなければなりません。 | 条例第16条第8項 | □いる  □いない |
|  | ⑩　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。)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。  ※　計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、施設サービス計画の作成後においても、入所者及びその家族並びに他のサービス担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画のモニタリングを行い、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとします。  なお、入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題に変化が認められる場合には、円滑に連携が行われる体制の整備に努めなければなりません。 | 条例第16条第9項  解釈通知第4の12 (9) | □いる  □いない |
|  | ⑪　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画のモニタリングの実施に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところによって行っていますか。 | 条例第16条第10項  条例規則第7条第1項 |  |
|  | ア 定期的に入所者に面接していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | イ 定期的にモニタリングの結果を記録していますか。  ※　施設サービス計画作成後のモニタリングについては、定期的に入所者と面接して行う必要があります。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要です。  「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとします。  また、「特段の事情」とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれません。なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要です。 | 解釈通知第4の12 (10) | □いる  □いない |
|  | ⑫　計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。  ア　入所者が要介護更新認定を受けた場合  イ　入所者が介護状態区分の変更の認定を受けた場合 | 条例第16条第11項  条例規則第7条第2項 | □いる  □いない |
|  | ⑬　上記⑩の施設サービス計画の変更に当たっても、上記③から⑨について行っていますか。 | 条例第16条第12項 | □いる  □いない |
| **13　診療の方針** | ①　診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行っていますか。 | 条例規則第8条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をも上げることができるよう適切な指導を行っていますか。 | 条例規則第8条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行っていますか。 | 条例規則第8条第3項 | □いる  □いない |
|  | ④　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。 | 条例規則第8条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　特殊な療法又は新しい療法等については、基準省令15条第５号の厚生労働大臣が定めるもののほか行っていませんか。 | 条例規則第8条第5項 | □いる  □いない |
|  | ⑥　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。  ※　別に厚生労働大臣が定める医薬品(平成12年3月30日　厚生省告示第125号)  　　療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第６に定める使用医薬品 | 条例規則第8条第6項 | □いる  □いない |
| **14　必要な医療の提供が困難な場合等の措置等** | ①　医師は、入所者の病状からみて当該介護老人保健施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の往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。 | 条例第18条第1項  解釈通知第4の14(1)、(2) | □いる  □いない |
|  | ②　入所者に係る往診及び通院(対診)については、平成12年３月31日老企第59号通知「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)について」に沿って適切に取り扱っていますか。 | 解釈通知第4の14(3) | □いる  □いない |
|  | ③　不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させていませんか。 | 条例第18条第2項 | □いる  □いない |
|  | ④　入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行っていますか。 | 条例第18条第3項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行っていますか。 | 条例第18条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑥　②に基づき、入所者を保険医療機関等に通院させる場合には、提供している介護保健施設サービスについて必要な事項が記入されている入所者の健康手帳及び被保険者証を携えて受診させていますか。 |  | □いる  □いない |
| **15　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、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語療法士の指導のもとに、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行っていますか。 | 条例第19条  解釈通知第4の15 | □いる  □いない |
|  | ②　訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにしていますか。 | 解釈通知第4の15 | □いる  □いない |
|  | ③　入所者１人について、少なくとも週２回程度行っていますか。 | 解釈通知第4の15 | □いる  □いない |
|  | ④　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していますか。 | 解釈通知第4の15イ | □いる  □いない |
|  | 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。  なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑤　入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録していますか。 | 解釈通知第4の15ロ | □いる  □いない |
|  | ⑥　入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。 | 解釈通知第4の15ハ | □いる  □いない |
|  | ⑦　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。 | 解釈通知第4の15ニ | □いる  □いない |
| **16　栄養管理** | 老人保健施設は、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。 | 条例第19条の2 | □いる  □いない |
|  | 栄養管理について、以下の①～③手順により行っていますか。  ※　当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和３年厚生労働省令第９号。以下「令和３年改正省令」という。）附則第８条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされています。 | 解釈通知第4の16 | □いる  □いない |
|  | ①　入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。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こと。 | 解釈通知第4の16のイ |  |
|  | ②　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すること。 | 解釈通知第4の16のロ |  |
|  | ③　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すこと。 | 解釈通知第4の16のハ |  |
|  | ④　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において示しているので、参考とすること。 | 解釈通知第4の16のニ |  |
| **17　口腔衛生の管理** | 老人保健施設は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。 | 条例第19条の3 | □いる  □いない |
|  | 口腔衛生の管理について以下の①～③の手順により計画的に行っていますか。  ※　当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第９条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされています。 | 解釈通知第4の17 | □いる  □いない |
|  | ①　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回以上行うこと。 | 解釈通知第4の17(1) |  |
|  | ②　①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。  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 | 解釈通知第4の17(2) |  |
|  | ③　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うこと。 | 解釈通知第4の18(3) |  |
| **18　看護及び医学的管理の下における介護**  **(ユニット型を除く)**  **(１)　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われていますか。 | 条例第20条第1項 | □いる  □いない |
| **(２)　入浴** | １週間に２回以上、入所者の自立支援に資するよう、その心身の状況を踏まえ、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により、入所者を入浴させていますか。 | 条例第20条第2項  解釈通知第4の18(1) | □いる  □いない |
|  | なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めていますか。 |  | □いる  □いない |
| **(３)　排せつ** | ①　入所者の心身の状況や排せつの状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により排せつの援助を行っていますか。 | 条例第20条第3項  解釈通知第4の18 (2) | □いる  □いない |
|  | ②　おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身及び活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施していますか。 | 条例第20条第4項  解釈通知第4の18 (2) | □いる  □いない |
|  | ③　おむつの交換時には、衝立、カーテンを活用するなど入所者の心情に配慮していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ④　おむつを交換する時には体位変換にも配慮していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑤　おむつを交換する時は換気に配慮するとともに、汚物は速やかに処理していますか。 |  | □いる  □いない |
| **(４)　褥瘡発生防止** | 褥瘡が発生しないような適切な介護を行うとともに、その発生を防止するため、次のような体制を整備していますか。  ア　当該施設における褥瘡のハイリスク者(日常生活自立度が低い入所者等)に対し、褥瘡予防のための計画の作成実践ならびに評価をする。  イ　当該施設において、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者(看護師が望ましい)を決めておくこと。  ウ　医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置すること。  エ　当該施設における褥瘡対策のため指針を整備すること。  オ　介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施すること。 | 条例第20条第5項  解釈通知第4の18 (3) | □いる  □いない |
|  | また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用していますか。 |  | □いる  □いない |
| **(５)　その他の介護** | ①　入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活の世話を適切に行っていますか。 | 条例第20条第6項 | □いる  □いない |
|  | ②　入所者に対して、入所者の負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。 | 条例第20条第7項 | □いる  □いない |
| **19　食事の提供**  **(ユニット型を除く)** | ①　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とともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行っていますか。 | 条例第21条第1項  解釈通知第4の19(1) | □いる  □いない |
|  | ②　入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めていますか。 | 条例第21条第2項  解釈通知第4の19 (1) | □いる  □いない |
|  | ③　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。 | 解釈通知第4の19 (2) | □いる  □いない |
|  | ④　食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後６時以降とすることが望ましいですが、早くても午後５時以降としていますか。 | 解釈通知第4の19 (3) | □いる  □いない |
|  | ⑤　食事提供に関する業務は介護保健施設自ら行っていますか。 | 解釈通知第4の19 (4) | □いる  □いない |
|  | なお、食事の提供に関する業務を第三者に委託しているときは、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たしうるような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保されていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑥　食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていますか。 | 解釈通知第4の19 (5) | □いる  □いない |
|  | ⑦　入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | 解釈通知第4の19 (6) | □いる  □いない |
|  | ⑧　食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられていますか。 | 解釈通知第4の19 (7) | □いる  □いない |
| **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、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っていますか。 | 条例第22条 | □いる  □いない |
| **21　その他のサービスの提供**  **(ユニット型を除く)** | ①　適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めていますか。 | 条例第23条第1項 | □いる  □いない |
| ②　常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するように努めていますか。 | 条例第23条第2項 | □いる  □いない |
| **22　入所者に関する市町への通知** | 介護保健施設サービスを受けている入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町に通知していますか。  ア　正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。  イ　偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 | 条例第24条  解釈通知第4の20 | □いる  □いない |
| **23　管理者による管理** | 専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する常勤の者が管理者になっていますか。  ※　ただし、当該介護老人保健施設の管理上支障のない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事することができます。  ※　専ら従事するとは、原則としてサービス提供時間帯を通じて介護保険施設サービス以外の職務に従事しないことをいいます。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該施設における勤務時間をいい、従事者の常勤・非常勤の別を問いません。 | 条例第25条  解釈通知第4の21 | □いる  □いない |
| **24　管理者の責務** | ①　管理者は、当該介護老人保健施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。 | 条例第26条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　管理者は、従業者に「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。 | 条例第26条第2項 | □いる  □いない |
| **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、「12 施設サービス計画の作成」に掲げる業務のほか、次に掲げる業務を行っていますか。 | 条例第27条 |  |
|  | ①　入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握していますか。 | 条例規則第10条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録していますか。 | 条例規則第10条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携していますか。 | 条例規則第10条第3項 | □いる  □いない |
|  | ④　介護保健施設サービスに対する入所者からの苦情の内容等を記録していますか。 | 条例規則第10条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　入所者に対する介護保健施設サービスの提供による事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。 | 条例規則第10条第4項 | □いる  □いない |
| **26　運営規程**  **(ユニット型を除く)** | 次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程(以下「運営規程」という)を定めていますか。  ア　施設の目的及び運営の方針  イ　従業者の職種、員数及び職務の内容  ウ　入所定員  エ　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  オ　施設の利用に当たっての留意事項  カ　非常災害対策  キ　虐待防止のための措置に関する事項  ク　その他施設の運営に関する重要事項  ※「オ　施設の利用に当たっての留意事項」について  　入所者が介護老人保健施設サービスの提供を受ける際に入所者が留意すべき、入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等であること。  ※「キ　虐待防止のための措置に関する事項」について  虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。  ※「ク　その他施設の運営に関する重要事項」について  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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。 | 条例第28条  解釈通知第4の24(3) | □いる  □いない |
| **27　業務継続計画の策定等** | ①　感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。  ※　介護老人保健施設は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定介護福祉施設サービスの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護老人保健施設に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものであります。  なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、施設に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいです。  なお、業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第３条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされています。  ※　業務継続計画には、以下の項目等を記載してください。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。  イ 感染症に係る業務継続計画  ａ 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）  ｂ 初動対応  ｃ 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）  ロ 災害に係る業務継続計画  ａ 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）  ｂ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）  ｃ 他施設及び地域との連携 | 条例第29条の2  解釈通知第4の26(1)  解釈通知第4の26(2) | □いる  □いない |
|  | ②　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施していますか。  ※　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してください。職員教育を組織的に浸透させていくために、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すること。また、研修の実施内容についても記録すること。  なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えません。  ※　訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年２回以上）に実施してください。  なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えません。  また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えません。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す。 | 条例第29条の2第2項  解釈通知第4の26(3)  解釈通知第4の26(4) | □いる  □いない |
|  | ③　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。 | 条例第29条の2第3項 | □いる  □いない |
| **28　定員の遵守**  **(ユニット型を除く)** | ①　災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除き、入所定員及び療養室の定員を超えて入所させていませんか。 | 条例第30条 | □いる  □いない |
|  | ②　療養室以外の場所に入所させていませんか。 |  | □いる  □いない |
| **29　非常災害対策** | ①　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。 | 条例第31条第1項  解釈通知第4の27(1) | □いる  □いない |
|  | ②　入所者の特性、当該介護老人保健施設の周辺地域の環境等を踏まえ、火災、地震、津波、風水害等の非常災害の種類に応じて、当該非常災害が発生した場合における入所者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた施設防災計画を策定し、定期的に従業者に周知していますか。 | 条例第31条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③ 当該計画に以下の項目がそれぞれ含まれていますか。  ・施設の立地条件（災害の想定）　　　　・避難経路  ・災害に関する情報の入手方法　　　　　・避難方法  ・災害時の連絡先及び通信手段の確認　　・災害時の人員体制、指揮系統  ・避難を開始する時期、判断基準　　　　・関係機関との連携体制  ・避難場所 | 国通知H28.9.9  社援保発0909第1号  老総発0909第1号  障障発0909第1号  雇児総発0909第2号 | □いる  □いない |
|  | ④　施設防災計画に基づき、非常災害時における関係機関との連絡調整及び連携並びに入所者の避難誘導を円滑に行うための体制を整備し、定期的に、当該体制について従業者及び入所者に周知するとともに、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っていますか。 | 条例第31条第3項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　介護老人保健施設は、④に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。 | 条例第31条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑥　④の訓練の結果に基づき、施設防災計画の検証を行い、必要に応じて施設防災計画の見直しを行っていますか。 | 条例第31条第5項 | □いる  □いない |
|  | ⑦　上記②の「施設防災計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画及び風水害、地震、津波等の災害に対処するための計画をいいますが、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定による防火管理者が行っていますか。 | 解釈通知第4の27(3) | □いる  □いない |
|  | ⑧　防火管理者には、必要な資格を有し、施設において防火管理上必要な業務を適切に遂行することができる管理的又は監督的な地位にある者を選任し、消防署に届け出ていますか。  また、変更するときも同様にしていますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の1 | □いる  □いない |
|  | ⑨　消防計画には、次の事項を定めていますか。  ア　自衛消防の組織に関すること。  イ　防火対象物についての火災予防上の自主検査に関すること。  ウ　消防用設備等の点検及び整備に関すること。  エ　避難通路、避難口、安全区画、排煙又は防煙区画その他の避難施設の維持管理及びその案内に関すること。  オ　防火壁、内装その他の防火上の構造の維持管理に関すること。  カ　入所者等の定員の遵守その他収容人員の適正化に関すること。  キ　防火上必要な教育に関すること。  ク　消火、通報及び避難の訓練の実施に関すること。  ケ　火災、地震その他の災害が発生した場合における消火活動、通報連絡及び避難・誘導に関すること。  コ　防火管理について消防機関との連絡に関すること。  サ　増築、改築、移転、修繕又は模様替えの工事中の防火対象物における防火管理者又はその補助者の立会その他火気の使用又は取扱いの監督に関すること。  シ　その他防火対象物の防火管理に関し必要な事項。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の2 | □いる  □いない |
|  | ⑩　年２回以上消火及び通報訓練を実施し、消防機関への早期通報、消火器及び屋内消火栓設備等の使用方法について職員に徹底させていますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の3(1) | □いる  □いない |
|  | ⑪　年２回以上避難訓練を実施していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の3(2) | □いる  □いない |
|  | ⑫　防犯について配慮されていますか。  ・施設の施錠管理を適切に行っていますか。  ・緊急時対応マニュアル等を整備していますか。  ・緊急時の通報体制を整備していますか。  ・日頃から警察等関係機関との連携を密にしていますか。 | 県通知H28.7.26  障福第1515号他  国通知H28.9.15  雇児総発0915第1号他 | □いる  □いない |
|  | なお、夜間の災害の発生に際しては一層の混乱が予測されることから、年１回は夜間の訓練若しくは夜間の災害の発生を想定した訓練を実施していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑬　消火、通報及び避難の訓練の実施に当たっては、あらかじめ、その旨を消防機関に通報するとともに、消防機関及び地域の消防組織等の指導、協力を得るように努めていますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の3(3) | □いる  □いない |
|  | ⑭　近隣に所在する病院、社会福祉施設等との相互間の連携を図るとともに地域住民及びボランティア組織等とも日常の連携を密にし、緊急の場合の応援、協力体制を確保していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第3の4 | □いる  □いない |
|  | ⑮　火災等の非常事態に即応するため、平素から入所者等の実態把握に努め、入所者等の心身の状態等に応じた避難・誘導、搬送の体制を確立していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第5の1 | □いる  □いない |
|  | ⑯　自力避難が困難な入所者の療養室は、できるだけ１階部分とするなど避難の容易な階に設けていますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第5の2 | □いる  □いない |
|  | また、やむを得ず高い階に療養室を設けている場合には火災の発生の危険が少なく、避難の容易な場所とするとともに、非常時の避難経路や避難救出の方法を消防計画で明確に定めるなど特別の配慮をしていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑰　火災時の負傷者等の応急手当のできる体制を確立していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第5の5 | □いる  □いない |
|  | ⑱　休日、夜間における火災は、職員の配置が希薄になること等からその対応如何によっては死亡事故を含む大災害になりやすいので、初期消火に努めるとともに、避難・誘導、搬送体制を中心として特に留意し対応していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第6の1 | □いる  □いない |
|  | ⑲　夜間は、定期的に巡視を行うとともに、夜間使用しないリネン室、倉庫等は、出火防止対策の強化を図るため、施錠等を励行していますか。 | 昭63.11.11老健第24  別紙第6の4 | □いる  □いない |
| **30　衛生管理等**  **(飲用水)** | ①　入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。 | 条例第32条第1項 | □いる  □いない |
| **(医薬品・医療機器)** | ②　医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。 | 条例第32条第1項 | □いる  □いない |
| **(感染症、食中毒の予防)** | ③　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、結核、疥癬、インフルエンザ様疾患、腸管出血性大腸菌感染症、感染性胃腸炎などの感染症の発生又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次のア～エのような措置を講ずるように努めていますか。 | 条例第32条第2項  解釈通知第4の28(2) |  |
|  | ア　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）をおおむね３月に１回以上、定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  ※　委員会のメンバー例（幅広い職種で構成させる必要があります）  施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員  ※　入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね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随時開催する必要があります。  ※　感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。  ※　感染対策委員会は、運営委員会など施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要ですが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えません。感染対策担当者は看護師であることが望ましいです。  　　　また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいです。 | 条例規則第11条第1項  解釈通知第4の28(2)① | □いる  □いない |
|  | イ　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ありますか。  ※　指針に盛り込むべき内容  当該施設における「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定してください。  平時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液、体液、分泌液、排泄物（便）などに触れる時、傷や創傷皮膚に触れる時どのようにするかの取り決め、手伝いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定されます。  また、発生時における施設の連絡体制を整備、明記しておくことも必要です。 | 条例規則第11条第2項  解釈通知第4の28(2)② | □いる  □いない |
|  | ウ　介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的に実施していますか。  ※　研修の実施について  ・新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要です。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要があります。  ・研修の実施内容についても記録することが必要です。  ・研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での研修で差し支えません。  ※　訓練の実施について  　　・平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年２回以上）に行うことが必要です。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してください。  ・訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。  ・当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第11条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31日までの間は、努力義務とされています。 | 条例規則第11条第3項  解釈通知第4の28 (2)③ | □いる  □いない |
|  | エ　感染者や既往者の入所に際し、感染対策担当者は、介護職員その他の従事者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知を図っていますか。 | 条例規則第11条第4項  解釈通知第4の28 (2)④ | □いる  □いない |
|  | ④　感染症又は食中毒の発生が疑われる際は、次のア～クのような手順に沿った対処がされていますか。 | 平18厚労告268 |  |
|  | ア　従業者が、入所者、入居者又は入院患者について、感染症又は食中毒の発生を疑ったときは、速やかに管理者に報告する体制を整えていますか。 | 平18厚労告268・1 | □いる  □いない |
|  | イ　管理者は当該介護老人保健施設における感染症若しくは食中毒の発生を疑ったとき又は前号の報告を受けたときは、従業者に対して必要な指示を行っていますか。 | 平18厚労告268・2 | □いる  □いない |
|  | ウ　感染症又は食中毒の発生又はまん延を防止する観点から、従業者の健康管理を徹底し、従業者、来訪者等の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者及び利用者に対して手洗いやうがいを励行するなど衛生教育の徹底を図っていますか。 | 平18厚労告268・3 | □いる  □いない |
|  | エ　介護老人保健施設の医師及び看護職員は、当該介護老人保健施設内において感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、速やかな対応を行っていますか。 | 平18厚労告268・4の4 | □いる  □いない |
|  | オ　介護老人保健施設の管理者及び医師、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者又はそれらの疑いのある者(以下「有症者等」という。)の状態に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図るなど適切な措置を講じていますか。 | 平18厚労告268・5 | □いる  □いない |
|  | カ　感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者等の状況及び各有症者等に講じた措置等を記録していますか。 | 平18厚労告268・6 | □いる  □いない |
|  | キ　管理者は、次のａ～ｃまでに掲げる場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町及び保健所に迅速に報告するとともに、市町又は保健所からの指示を求めることその他の措置を講じていますか。  ａ　同一の感染者若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が１週間内に１名以上発生した場合  ｂ　同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合  ｃ　上記ａ及びｂに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ特に管理者等が報告を必要と認めた場合 | 平18厚労告268・7 | □いる  □いない |
|  | ク　上記キの報告を行った場合は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう、努めていますか。 | 平18厚労告268・8 | □いる  □いない |
|  | ⑤　食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 | 解釈通知第4の28 (1)② | □いる  □いない |
|  | ⑥　検食は、原材料(洗浄・消毒等を行わず、購入した状態)及び調理済み食品を食品ごとに50ｇ程度ずつ清潔な容器(ビニール袋等)に密封して入れ、日付等の表示を付して－20℃以下で２週間以上保存していますか。 | 高齢者介護施設における感染対策マニュアル（H25.5）・付録１ | □いる  □いない |
| **(空調設備等)** | ⑦　空調設備等により施設内の適温の確保及び異臭の発生防止に努めていますか。 | 解釈通知第4の28 (1)⑤ | □いる  □いない |
| **(レジオネラ症対策)** | ⑧　循環ろ過装置を備える浴槽を使用していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ※　次の⑨～⑪は、上記⑧で「いる」の場合にのみ記入してください。 |  |  |
|  | ⑨　少なくとも１年に１回以上水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか否かを確認していますか。 | 平15厚労告264第2の3の1 | □いる  □いない |
|  | なお、浴槽水を毎日完全に換えることなく使用する場合など浴槽水がレジオネラ属菌に汚染される可能性が高い場合には、検査の頻度を高めていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑩　浴槽水は、毎日完全に換えることが原則ですが、これにより難い場合でも、最低でも１週間に１回以上完全に換えるとともに、ろ過器及び配管内等の清掃を行い、レジオネラ属菌による浴槽水の汚染防止に努めていますか。 | 平15厚労告264第2の3の2 | □いる  □いない |
|  | また、ろ過器の前に設置する集毛器は毎日清掃していますか。 | 平15厚労告264第2の3の3 | □いる  □いない |
|  | ⑪　浴槽水中の遊離残留塩素濃度は、常に一定ではなく、入浴者数、薬剤の注入時間及び注入速度等により大きく変動するため、濃度は頻繁に測定して記録し、通常0.4mg/l程度に保ち、かつ、最大で1.0mg/lを超えないように努める等適切に管理するとともに、消毒装置の維持管理を適切に行っていますか。 | 平15厚労告264第2の3の5  循環式浴槽におけるレジオネラ症防止対策マニュアル | □いる  □いない |
| **31　協力病院等** | ①　あらかじめ協力病院を定め、入所者の病状の急変等に備えていますか。 | 条例第33条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　協力病院は、施設から自動車等による移送に要する時間がおおむね20分以内の近距離にありますか。 | 解釈通知第4の29(1) | □いる  □いない |
|  | ③　協力病院の標榜している診療科名等からみて、病状急変等の事態に適切に対応できるものですか。 | 解釈通知第4の29 (2) | □いる  □いない |
|  | ④　入所者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、あらかじめ必要な事項を取り決めていますか。 | 解釈通知第4の29(3) | □いる  □いない |
|  | ⑤　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。 | 条例第33条第2項 | □いる  □いない |
| **32　掲示** | 施設内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。 | 条例第34条第１項 | □いる  □いない |
|  | ※　施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができます。 | 条例第34条第２項 | □いる  □いない |
| **33　秘密保持等** | ①　従業者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。 | 条例第35条第1項  解釈通知第4の31(1) | □いる  □いない |
|  | ②　従業者が、退職した後においても、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、雇用時に文書で取り決めるなど、必要な措置を講じていますか。 | 条例第35条第2項  解釈通知第4の31 (2) | □いる  □いない |
|  | ③　居宅介護支援事業者に対して、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。 | 条例第35条第3項  解釈通知第4の31 (3) | □いる  □いない |
|  | ④　「個人情報の保護に関する法律」及び「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ドライン」に基づき、入所者及びその家族の個人情報を適切に取り扱ってください。  「個人情報の保護に関する法律」の概要  ア　利用目的を出来る限り特定し、その利用目的の達成に必要な範囲内で個人情報を取り扱うこと  イ　個人情報は適正な方法で取得し、取得時に本人に対して利用目的の通知・公表等をすること  ウ　個人データについては、正確・最新の内容に保つように努め、安全管理措置を講じ、従業者・委託先を監督すること  エ　あらかじめ本人の同意を得なければ、第三者に個人データを提供してはならないこと  オ　保有個人データについては、利用目的などを本人の知り得る状態に置き、本人の求めに応じて開示・訂正・利用停止等を行うこと  カ　苦情の処理に努め、そのための体制の整備をすること  「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ドライン」(平16.12.24)より  医療・介護関係事業者は、個人情報を提供してサービスを受ける患者・利用者から、その規模によらず良質かつ適切な医療・介護サービスの提供のために最善の努力を行う必要があること等から、本ガイドラインにおいては、個人情報取扱事業者としての法令上の義務を負わない医療・介護事業者にも本ガイドラインを遵守する努力を求めるものです。 | 個人情報の保護に関する法律(平15年法律第57号)  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ドライン  (平16.12. 24厚労省) |  |
| **34　広告制限** | ①　次に掲げる事項を除き、当該介護老人保健施設に関して、文書その他いかなる方法を問わず、これを広告していませんか。  ア　介護老人保健施設の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項  イ　介護老人保健施設に勤務する医師及び看護師の氏名  ウ　施設及び構造設備に関する事項  エ　職員の配置員数  オ　提供されるサービスの種類及び内容(医療の内容に関するものを除く)  カ　利用料の内容 | 法第98条  平11厚告97  平13老振10 | □いる  □いない |
|  | ②　広告内容は虚偽のものとなっていませんか。 | 平13老振10 | □いる  □いない |
| **35　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。 | 条例第36条第1項  解釈通知第4の32(1) | □いる  □いない |
| ②　居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませんか。 | 条例第36条第2項  解釈通知第4の32 (2) | □いる  □いない |
| **36　苦情処理** | ①　提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。  ※　具体的には、苦情を受け付ける窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書(重要事項説明書)に記載するとともに、施設に掲示する等の措置をいいます。 | 条例第37条第1項  解釈通知第4の33(1) | □いる  □いない |
| ②　上記①の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の受付日、内容等を記録していますか。 | 条例第37条第2項  解釈通知第4の33 (2) | □いる  □いない |
|  | また、サービスの質の向上を図る上で苦情が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行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | なお、苦情の内容等の記録は、５年間保存していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ③　提供した介護保健施設サービスに関し、法第23条の規定により市町が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町が行う調査に協力していますか。 | 条例第37条第3項  解釈通知第4の33 (3) | □いる  □いない |
|  | また、市町から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ④　市町から求めがあった場合には、上記③の改善の内容を市町に報告していますか。 | 条例第37条第4項  解釈通知第4の33 (3) | □いる  □いない |
|  | ⑤　提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)が行う法第176条第１項第３号の規定による調査に協力していますか。 | 条例第37条第5項  解釈通知第4の33 (3) | □いる  □いない |
|  | また、国保連から同号の規定による指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑥　国保連からの求めがあった場合には、上記⑤の改善の内容を国保連に報告していますか。 | 条例第37条第6項  解釈通知第4の33 (3) | □いる  □いない |
| **37　地域との連携等** | ①　施設の運営に当たっては、介護老人保健施設が地域に開かれたものとして運営されるよう、地域の住民又はボランティア団体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。 | 条例第38条第1項  解釈通知第4の34(1) | □いる  □いない |
|  | ②　施設の運営に当たっては、介護サービス相談員を積極的に受け入れる等、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、市町等が相談及び援助を行う事業その他市町が実施する事業(広く市町が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業を含む。)に協力するよう努めていますか。 | 条例第38条第2項  解釈通知第4の34 (2) | □いる  □いない |
| **38　事故発生の防止及び発生時の対応** | ①　入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町、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。 | 省令第36条第2項 | □いる  □いない |
|  | ②　介護事故等の状況及び事故に際して執った処置について記録していますか。 | 省令第36条第3項 | □いる  □いない |
|  | ③　入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。 | 省令第36条第3項  解釈通知第4の35の⑥ | □いる  □いない |
|  | ④　③のため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有するか等の措置を講じていますか。 | 解釈通知第4の35の⑥ | □いる  □いない |
| **39　虐待の防止** | 介護老人保健施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、①～④に掲げる措置を講じていますか。  ※　虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、介護老人保健施設は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17 年法律第124 号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとします。  ・虐待の未然防止  介護老人保健施設は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第１条の２の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護施設の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。  ・虐待等の早期発見  介護老人保健施設の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましいです。また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をしてください。  ・虐待等への迅速かつ適切な対応  虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、介護老人保健施設は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めてください。  以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次の①～④に掲げる事項を実施するものとします。  なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第２条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされています。 | 条例39条の2  解釈通知第4の37 | □いる  □いない |
|  | ①　当該介護老人保健施設における虐待の防止のための対策を検討する次のような委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  ※　虐待防止委員会の構成等について  　ア　管理者を含む幅広い職種で構成すること  　イ　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、定期的に開催すること  　ウ　施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい  　エ　運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営すること  （関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体と一体的に設置・運営することとして差し支えません。また、施設に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない）  　オ　テレビ電話装置等を活用する際は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。  一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。  ※　虐待防止委員会の検討事項について  ア　虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること  イ　虐待の防止のための指針の整備に関すること  ウ　虐待の防止のための職員研修の内容に関すること  エ　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  オ　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  カ　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  キ　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 | 条例39条の2第1項第1号  解釈通知第4の37① | □いる  □いない |
|  | ②　当該介護老人保健施設における虐待の防止のための次のようなことを盛り込んだ指針を整備していますか。  ア　施設における虐待の防止に関する基本的考え方  イ　虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項  ウ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針  エ　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針  オ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項  カ　成年後見制度の利用支援に関する事項  キ　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項  ク　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項  ケ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項 | 条例39条の2第1項第2号  解釈通知第4の3７② | □いる  □いない |
|  | ③　当該介護老人保健施設において、介護職員その他の従業者に対し、次のような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。  ※　虐待の防止のための従業者に対する研修  虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしてください。  職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年２回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。  また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、施設内での研修で差し支えません。 | 条例39条の2第1項第3号  解釈通知第4の3７③ | □いる  □いない |
|  | ④　①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。  ※　虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。 | 条例39条の2第1項第4号  解釈通知第4の3７④ |  |
| **40　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。 | 条例第40条 | □いる  □いない |
|  | ②　具体的な会計処理の方法については、平成13年３月28日付け老振発第18号「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」及び平成12年３月31日付け老発第378号「介護老人保健施設会計・経理準則の制定について」を参考として適切に行っていますか。 | 解釈通知第4の36 | □いる  □いない |
| **41　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。 | 条例第41条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する次の諸記録を整備し、その完結の日から５年間保存していますか。  ア　施設サービス計画書  イ　居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録  ウ　提供した具体的なサービスの内容等の記録  エ　身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録  オ　市町への通知に係る記録  カ　苦情の内容等の記録  キ　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  ク　診療録 | 条例第41条第2項  解釈通知第4の38 | □いる  □いない |
| **42　電磁的記録等** | ①　作成、保存その他これらに類するもののうち、条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができます。  　　この場合、以下のア～エに基づいて行っていますか。 | 条例第5４条第1項 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ア　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又は字気ディスク等をもって調製する方法によること。 | 解釈通知第6の1 (1) |  |
|  | イ　電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。  a 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  b 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 | 解釈通知第6の1 (2) |  |
|  | ウ　その他、基準省令第51 条第１項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、ア及びイに準じた方法によること。 | 解釈通知第6の1 (3) |  |
|  | エ　また、電磁的記録により行う場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | 解釈通知第6の1 (4) |  |
|  | ②　交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもののうち、条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。  　　この場合、以下のア～オに基づいて行っていますか。 | 条例第5４条第2項 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ア　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ること。 | 解釈通知第6の2 (1) |  |
|  | イ　電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。 | 解釈通知第6の2 (2) |  |
|  | ウ　電磁的方法による締結は、入所者等・事業者等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、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。 | 解釈通知第6の2 (3) |  |
|  | エ　その他、基準省令第51 条第２項において電磁的方法によることができるとされているものは、アからウまでに準じた方法によること。ただし、基準省令又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。 | 解釈通知第6の2 (4) |  |
|  | オ　また、電磁的方法による場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | 解釈通知第6の2 (5) |  |
| **第５　開設許可等の変更** | |  |  |
|  | ①　開設者は、当該介護老人保健施設の入所定員その他介護保険法施行規則第136条第２項に定める事項を変更しようとするときは、県知事(長寿社会課)の許可を受けていますか。  ア　敷地の面積及び平面図  イ　建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに施設及び構造設備の概要  ウ　施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画  エ　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に限る。)  オ　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30条第１項に規定する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に限る。)  ただし、運営規程に掲げる事項を変更しようとする場合において、入所定員又は療養室の定員数を減少させようとするときは、許可を受けることを要しません。(次の②の届出が必要になります。) | 法第94条第2項  施行規則第136条第2項 | □いる  □いない |
|  | ②　開設者は、当該介護老人保健施設の開設者の住所その他介護保険法施行規則第137条に定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を県知事(長寿社会課)に届け出ていますか。  ア　施設の名称及び開設の場所  イ　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及び住所  ウ　開設者の定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当指定に係る事業に関するものに限る。)  エ　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  オ　施設の管理者の氏名及び住所  カ　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(減少する場合)に係る部分を除く。)  キ　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30条第１項に規定する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(協力病院を変更しようとするときに係るものを除く。協力病院自体を変更する場合は上記①の許可が必要。)  ク　施設介護サービス費の請求に関する事項 | 法第99条  施行規則第137条 | □いる  □いない |
| **第６　ユニット型介護老人保健施設** | |  |  |
| **１　基本方針** | ①　入居者１人１人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援していますか。 | 条例第43条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めていますか。 | 条例第43条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　入居者の人権の擁護、入所者に対する虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じていますか。 | 条例第43条第3項 | □いる  □いない |
|  | ④　介護保健施設サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一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ますか。  　※　介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について  介護保健施設サービスの提供に当たっては、介護保険法第118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければなりません。  この場合において、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term careInformation system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましいです。 | 省令第40条第4項  解釈通知第４の１ | □いる  □いない |
| **２　施設及び設備に関する基準** | ①　次の施設を備えていますか。   |  |  | | --- | --- | | ア　ユニット | オ　サービス・ステーション | | イ　診察室 | カ　調理室 | | ウ　機能訓練室 | キ　洗濯室又は洗濯場 | | エ　浴室 | ク　汚物処理室 | | 条例第44条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　ユニットケアを行うためには、入居者の自律的な生活を保障する療養室(使い慣れた家具等を持ち込むことのできる個室)と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共同生活室(居宅での居間に相当する部屋)が不可欠であることから、施設全体をこうした療養室と共同生活室によって一体的に構成される場所(ユニット)を単位として構成し、運営していますか。 | 解釈通知第5の3(2)① | □いる  □いない |
|  | ③　入居者が、自室のあるユニットを超えて広がりのある日常生活を楽しむことができるよう、他のユニットの入居者と交流したり、多数の入居者が集まったりすることのできる場所を設けていますか。 | 解釈通知第5の3(2)② | □いる  □いない |
| **(１)　ユニット** | ユニットは、居宅に近い居住環境のもとで、居宅における生活に近い日常生活の中でケアを行うというユニットケアの特徴を踏まえたものとなっていますか。 | 解釈通知第5の3(2)③ | □いる  □いない |
| **ア　療養室** | ①　１の療養室の定員は１人となっていますか。  ただし、夫婦で療養室を利用する場合など入居者への介護老人保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は、２人とすることができます。 | 省令第41条第2項第1号  解釈通知第5の3(2)④イ | □いる  □いない |
|  | ②　療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けていますか(次のア～ウに該当しますか)。  ア　当該共同生活室に隣接している療養室  イ　当該共同生活室に隣接していないが、上記アの療養室と隣接している療養室  ウ　その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている療養室(他の共同生活室のア及びイに該当する療養室を除く。) | 省令第41条第2項第1号  解釈通知第5の3(2)④ロ | □いる  □いない |
|  | ③　各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するものであることから、１のユニットの入居定員は、おおむね10人以下としていますか。  　　ただし、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、入居定員が15 人までのユニットも認められます。 | 省令第41条第2項第1号  解釈通知第5の3(2)④ハ  解釈通知第5の3(2)④ | □いる  □いない |
|  | ④　１の療養室の床面積等は10.65平方メートル以上を標準としていますか。  ただし２人室の場合は21.3平方メートル以上を標準としていますか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
|  | ⑤　療養室を地階に設けていませんか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
|  | ⑥　１以上の出入口は、避難上有効な空き地、廊下又は広間に直接面して設けていますか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
|  | ⑦　寝台又はこれに代わる設備を備えていますか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
|  | ⑧　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ていますか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
|  | ⑨　ナース・コールを設けていますか。 | 省令第41条第2項第1号 | □いる  □いない |
| **イ　共同生活室** | ①　いずれかのユニットに属し、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有していますか。  ア　他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていること。  イ　当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う職員が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。 | 条例規則  第13条第1項第1号イ(1)  解釈通知第5の3(2)⑤イ | □いる  □いない |
|  | ②　１の共同生活室の床面積は、２平方メートルの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。 | 条例規則  第13条第1項第1号イ(2) | □いる  □いない |
|  | ③　必要な設備(簡易な流し・調理設備など)及び備品(入居者が食事をしたり談話等を楽しんだりするのに適したテーブル、椅子等)を備えていますか。 | 条例規則  第13条第1項第1号イ(3)  解釈通知第5の3(2)⑤ハ | □いる  □いない |
| **ウ　洗面所** | ①　療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けていますか。  ※　療養室ごとに設ける方式と、共同生活室ごとに設ける方式とを混在させても差し支えありません。 | 解釈通知第5の3(2)⑥ | □いる  □いない |
|  | ②　共同生活室に設けている場合は、１か所でなく２か所以上に分散して設けていますか。 | 解釈通知第5の3(2)⑥ | □いる  □いない |
|  | ③　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。 | 条例規則  第13条第1項第1号ロ(2) | □いる  □いない |
| **エ　便所** | ①　療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けていますか。  ※　療養室ごとに設ける方式と、共同生活室ごとに設ける方式とを混在させても差し支えありません。 | 条例規則  第13条第1項第1号ハ(1)  解釈通知第5の3(2)⑦ | □いる  □いない |
|  | ②　共同生活室に設けている場合は、１か所でなく２か所以上に分散して設けていますか。 | 解釈通知第5の3(2)⑦ | □いる  □いない |
|  | ③　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なっていますか。 | 条例規則  第13条第1項第1号ハ(2) | □いる  □いない |
|  | ④　常夜灯を設けていますか。 | 条例規則  第13条第1項第1号ハ(3) | □いる  □いない |
| **(２)　機能訓練室** | ①　１平方メートルに入居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。 | 省令第41条第2項第2号 | □いる  □いない |
|  | ②　専ら当該ユニット型介護老人保健施設の用に供するものとなっていますか(サービスの提供に支障がない場合は、この限りではありません。)。 | 省令第41条第3項 | □いる  □いない |
| **(３)　浴室** | ①　身体の不自由な者が入浴するのに適したものになっていますか。 | 条例規則  第13条第1項第2号イ | □いる  □いない |
|  | ②　一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した 特別浴槽を設けていますか。 | 条例規則  第13条第1項第2号ロ | □いる  □いない |
|  | ③　療養室のある階ごとに設けていますか。 | 解釈通知第5の3(2)⑧ | □いる  □いない |
|  | ④　専ら当該ユニット型介護老人保健施設の用に供するものとなっていますか(サービスの提供に支障がない場合は、この限りではありません。)。 | 条例規則  第13条第1項第2号ハ | □いる  □いない |
| **(４)　設備構造** | ①　施設の建物は、建築基準法第２条第９号の二に規定する耐火建築物となっていますか。  ※　ただし、次のいずれかの要件を満たす２階建て又は平屋建てのユニット型介護老人保健施設の建物にあっては、準耐火建築物とすることができます。  ア　療養室等を２階以上の階及び地階のいずれにも設けていない場合  イ　療養室等を２階以上の階及び地階のいずれにも設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと  ａ　当該ユニット型介護老人保健施設の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、非常災害対策に関する具体的計画に入居者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること  ｂ　消防訓練については、上記計画に従い、昼間及び夜間において行うこと  ｃ　火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連絡体制を整備すること | 条例規則第13条第2項 | □いる  □いない |
|  | ②　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。 | 条例規則第13条第4項第1号 | □いる  □いない |
|  | ③　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けていますか。  (上記②に規定する直通階段を建築基準法施行令第123条第１項に規定する避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができます。) | 条例規則第13条第4項第3号 | □いる  □いない |
| **(５)　階段** | 階段に手すりを設けていますか。 | 条例規則第13条第4項第4号 | □いる  □いない |
| **(６)　廊下** | ①　幅は内法で1.8メートル以上になっていますか。  なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業員等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合は、1.5メートル以上として差し支えありません。  また、廊下の幅は内法によるものとし、手すりから測定するものとします。 | 条例第44条第5項  解釈通知第5の3(2)⑨ | □いる  □いない |
|  | ②　中廊下(廊下の両側に療養室等またはエレベーター室のある廊下)の幅は内法で2.7メートル以上になっていますか。  なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業員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、1.8メートル以上として差し支えありません。  また、廊下の幅は内法によるものとし、手すりから測定するものとします。 | 条例第44条第5項  解釈通知第5の3(2)⑨ | □いる  □いない |
|  | ③　原則として両側に手すりを設けていますか。 | 条例規則第13条第4項第4号  解釈通知第5の3(2)⑨ | □いる  □いない |
|  | ④　常夜灯を設けていますか。 | 条例規則第13条第4項第4号 | □いる  □いない |
| **(７)　必要な設備** | 入居者に対するサービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えていますか。 | 条例規則第13条第4項第5号  解釈通知第5の3(2)⑩ | □いる  □いない |
| **３　運営基準**  **(１)　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、入居者から利用料の一部として、施設サービス費用基準額から当該ユニット型介護老人保健施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けていますか。 | 条例第45条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供した際に入居者から支払いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額を設けていませんか。 | 条例第45条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　次に掲げる費用以外の支払いを受けていませんか。  ア　食事の提供に要する費用  イ　居住に要する費用  ウ　「入所者等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  エ　入居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  オ　理美容代  カ　上記アからオに掲げるもののほか、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もの(以下「その他の日常生活費」という)。 | 条例第45条第3項  条例規則第14条第1項  平12老企54 | □いる  □いない |
|  | ④　上記③カの費用の具体的な範囲については、次のア～サのとおり、平成12年３月30日老企第54号通知「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」に沿って適切に取り扱っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ア　「その他の日常生活費」は、入所者又はその家族等の自由な選択に基づき、施設が提供するサービスの一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費としていますか。 | 平12老企54・1 | □いる  □いない |
|  | イ　施設が行う便宜の供与であっても、サービスの提供と関係のないもの(利用者等の嗜好品の購入等)については、「その他の日常生活費」と区別していますか。 | 平12老企54・1 | □いる  □いない |
|  | ウ　「その他の日常生活費」は、保険給付の対象となっているサービスと重複していませんか。 | 平12老企54・2の① | □いる  □いない |
|  | エ　保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されない曖昧な名目による費用(お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金等)を受領していませんか。 | 平12老企54・2の② | □いる  □いない |
|  | オ　「その他の日常生活費」は、利用者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われていますか。 | 平12老企54・2の③ | □いる  □いない |
|  | カ　「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得ていますか。 | 平12老企54・2の③ | □いる  □いない |
|  | キ　「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内としていますか。 | 平12老企54・2の④ | □いる  □いない |
|  | ク　「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は事業者(施設)の運営規程において定め、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示していますか。  ただし、その都度変動する性質の「その他の日常生活費」の額は、「実費」という形で定めてよいこととなっています。 | 平12老企54・2の⑤ | □いる  □いない |
|  | ケ　個人用の日用品等を施設がすべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の① | □いる  □いない |
|  | コ　全ての利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用(共用の共同生活室にあるテレビやカラオケ設備の使用料等)を「その他の日常生活費」として徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の② | □いる  □いない |
|  | サ　介護老人保健施設の入所者及び短期入所療養介護の利用者のおむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代、処理費用等おむつに係る費用は一切徴収していませんか。 | 平12老企54別紙(7)の④ | □いる  □いない |
|  | ⑤　上記③ア～カに掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用について文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ていますか。 | 条例第45条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑥　上記③ア～カに掲げる費用の額について、運営規程と異なる内容で徴収しているものはありませんか。 | 条例第50条第1項第5号 | □いる  □いない |
|  | ⑦　介護保健施設サービスその他のサービスの提供に要した費用につきその支払いを受ける際、当該支払いをした入所者に対し、厚生省令(施行規則第82条)に定めるところにより、領収証を交付していますか。 | 法第48条第7項 | □いる  □いない |
|  | ⑧　領収証には介護保健施設サービスについて入所者から支払いを受けた費用の額のうち、法第48条第２項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現にサービスに要した費用を超える場合には現にサービスに要した費用の額)の100分の10に相当する額、標準負担額及びその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | 施行規則第82条 | □いる  □いない |
|  | ⑨　上記③ウの特別な室料を徴収する場合には、「入所者等が選定する特別な療養室」の基準を満たしていますか。 | 平17.10Q&A問39 | □いる  □いない |
|  | ⑩　預り金の出納管理に係る費用を入所者等から徴収する場合には、次の点を厳守して適切に管理していますか。  ア　責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること。  イ　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が行われていること。  ウ　入所者等との保管依頼書(契約書)、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていること。  エ　出納経理状況を定期的に入所者の家族に報告し、その確認を得ていること。 | 平12老企54別紙(7)の③ | □いる  □いない |
| **(２)　サービスの取扱方針** | ①　入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援していますか。 | 条例第46条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、それぞれの役割をもって生活を営むことができるように配慮していますか。 | 条例第46条第2項  解釈通知第5の5(2) | □いる  □いない |
|  | ③　入居者相互の信頼関係が醸成されるよう配慮することが必要ですが、同時に、入居者が他の入居者の生活に過度に干渉し、自律的な生活を損なうことのないように、入居者のプライバシーに配慮していますか。 | 条例第46条第3項  解釈通知第5の5(2) | □いる  □いない |
|  | ④　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ていますか。 | 条例第46条第4項 | □いる  □いない |
|  | ⑤　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していますか。 | 条例第46条第5項 | □いる  □いない |
| **（身体拘束等の禁止）** | ⑥　身体拘束廃止の取組については、「10 身体的拘束等の禁止」(P25～27)についてチェックしてください。 | 条例第46条第6項  条例第46条第7項  条例第46条第8項 |  |
|  | ⑦　自らその提供する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。 | 条例第46条第９項 | □いる  □いない |
|  | ⑧　１人１人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | 解釈通知第5の5(1) | □いる  □いない |
|  | ⑨　入居者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常生活動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われないことを行っていませんか。 | 解釈通知第5の5(1) | □いる  □いない |
| **(３)　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、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われていますか。 | 条例第47条第1項  解釈通知第5の6(1) | □いる  □いない |
|  | ②　入居者の日常生活上の活動への援助が過剰なものとなることのないように留意していますか。 | 解釈通知第5の6(1) | □いる  □いない |
|  | ③　単に入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援していますか。 | 解釈通知第5の6(1) | □いる  □いない |
|  | ④　入居者の日常生活における家事(食事の簡単な下準備や配膳、後片づけ、清掃やゴミ出しなど)を、入居者が、その病状及び心身の状況等に応じて、それぞれの役割をもって行うよう適切に支援していますか。 | 条例第47条第2項  解釈通知第5の6(2) | □いる  □いない |
| **(入浴)** | ⑤　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。ただし、やむを得ない場合には清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。 | 条例第47条第3項  解釈通知第5の6(3) | □いる  □いない |
|  | ⑥　入浴は、単に身体の清潔を維持するだけでなく、入居者が精神的に快適な生活を営む上でも重要なものであることから、こうした観点に照らして「適切な方法により」行っていますか。 | 解釈通知第5の6(3) | □いる  □いない |
|  | ⑦　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るだけの入浴機会を設けていますか。 | 解釈通知第5の6(3) | □いる  □いない |
| **(排せつ)** | ⑧　入居者の病状及び心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行っていますか。 | 条例第47条第4項  解釈通知第5の6(4) | □いる  □いない |
|  | ⑨　おむつを使用せざるを得ない入居者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えていますか。 | 条例第47条第5項  解釈通知第5の6(4) | □いる  □いない |
| **(褥瘡発生防止)** | ⑩　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。 | 条例第47条第6項 | □いる  □いない |
|  | ⑪　入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援していますか。 | 条例第47条第7項 | □いる  □いない |
|  | ⑫　入居者に対し、その負担により、当該ユニット型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。 | 条例第47条第8項 | □いる  □いない |
| **(４)　食事** | ①　栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供していますか。 | 条例第48条第1項 | □いる  □いない |
|  | ②　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。 | 条例第48条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　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、施設側の都合で急かしたりすることなく、入居者ができる限り自立して自分のペースで食事をとることができるよう必要な時間を確保していますか。 | 条例第48条第3項  解釈通知第5の7(1) | □いる  □いない |
|  | ④　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、また、その心身の状況に配慮した上で、できる限り離床し、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。 | 条例第48条第4項  解釈通知第5の7(2) | □いる  □いない |
|  | その際、共同生活室で食事を摂るよう強制しないように、十分留意していますか。 | 解釈通知第5の7(2) | □いる  □いない |
|  | ⑤　入居者の食事は、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握(嗜好調査、残食調査等)し、それに基づいて計画的な食事の提供を行っていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | ⑥　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。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | ⑦　食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後６時以降とすることが望ましいですが、早くても午後５時以降としていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | ⑧　食事提供に関する業務は介護保健施設自ら行っていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | なお、食事の提供に関する業務を第三者に委託しているときは、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たしうるような体制と契約内容により、当該施設の最終的責任の下で行われていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑨　食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | ⑩　入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
|  | ⑪　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が加えられていますか。 | 解釈通知第5の7(3) | □いる  □いない |
| **(５)　その他のサービス提供** | ①　入居者１人１人の嗜好を把握したうえで、それに応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。 | 条例第49条第1項  解釈通知第5の8(1) | □いる  □いない |
|  | ②　常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。 | 条例第49条第2項 | □いる  □いない |
|  | ③　療養室は、家族や友人が来訪・宿泊して入居者と交流するのに適した個室であることから、これらの者ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮していますか。 | 解釈通知第5の8(2) | □いる  □いない |
| **(６)　運営規程** | 次のア～クに掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程(以下「運営規程」という。)を定めていますか。  ア　施設の目的及び運営の方針  イ　従業者の職種、員数及び職務の内容  ウ　入居定員  エ　ユニットの数及びユニットごとの入居定員  オ　入居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  カ　施設の利用に当たっての留意事項  キ　非常災害対策  ク　虐待防止のための措置に関する事項  ケ　その他施設の運営に関する重要事項  ※「オ　入居者に対する介護保健施設サービスの内容」について  　入居者が、自らの生活様式や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１日の生活の流れの中で行われる支援の内容とすること。  ※「カ　施設の利用に当たっての留意事項」について  　入所者が介護老人保健施設サービスの提供を受ける際に入所者が留意すべき、入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等であること。  ※「ク　虐待防止のための措置に関する事項」について  虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。  ※「ケ　その他施設の運営に関する重要事項」について  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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。 | 条例第50条  解釈通知第5の9 | □いる  □いない |
| **(７)　勤務体制の確保　　　等** | ①　「９　勤務体制の確保等」（p6～10）と下記を合わせて確認ください。 |  |  |
|  | ②　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。 | 条例規則第15条第1項第1号 | □いる  □いない |
|  | ③　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。 | 条例規則第15条第1項第2号 | □いる  □いない |
|  | ④　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。 | 条例規則第15条第1項第3号 | □いる  □いない |
|  | ⑤　ユニットリーダーについては、ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を２名以上配置していますか。 | 解釈通知第5の10(2) | □いる  □いない |
|  | ⑥　研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構いません。)職員を決めていますか。 | 解釈通知第5の10(2) | □いる  □いない |
|  | ⑦　研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となっていますか。 | 解釈通知第5の10(2) | □いる  □いない |
|  | ⑧　令和３年４月１日以降に、入居定員が10 を超えるユニットを整備する場合においては、令和３年改正省令附則第６条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後10 時から翌日の午前５時までを含めた連続する16 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めていますか。  ア　日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置  ユニットごとに常時１人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する８時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を８で除して得た数が、入居者の数が10 を超えて１を増すごとに0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。  イ　夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置  ２ユニットごとに１人の配置に加えて、当該２ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を16 で除して得た数が、入居者の合計数が20 を超えて２又はその端数を増すごとに0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。  なお、基準省令第48 条第２項第１号及び第２号に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はない。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるよう努めること。 | 解釈通知第5の10の(3) | □いる  □いない |
|  | ⑨　入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、従業者が、１人１人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握したうえで、その日常生活上の活動を適切に援助するために、いわゆる「馴染みの関係」を築き、継続性を重視したサービスの提供に配慮していますか。 | 解釈通知第5の10(1) | □いる  □いない |
| **(８)　定員の遵守** | 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除き、ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させていませんか。 | 条例第52条 | □いる  □いない |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第７　介護給付費の算定及び取扱い** | | | |
| **《基本的事項》**  **１　算定の方法** | ①　費用の額は、平成12年厚生省告示第21号の別表「指定施設サービス等介護給付費単位数表」により算定していますか。 | 法第48条第2項  報酬告示・1 | □いる  □いない |
|  | ②　サービスに要する額は、「別に厚生労働大臣が定める１単位の単価」に別表に定める単位数を乗じて算定していますか。 | 報酬告示・2 | □いる  □いない |
| **２　算定上における端数処理** | ①　単位数の算定は、基本となる単位数に加減算の計算(何らかの割合を乗ずる計算に限る。)を行う度に、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていますか。 | 留意事項通知第2の1(1) | □いる  □いない |
|  | ②　算定された単位数から金額に換算する際生じる１円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算していますか。 | 報酬告示・3  留意事項通知第2の1(1) | □いる  □いない |
| **３　入退所の日数の数え方** | ①　入所又は短期入所の日数は、原則として、入所及び退所した日の両方を含んでいますか。 | 留意事項通知第2の1(2)① | □いる  □いない |
|  | ②　同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものの間では、利用者等が一の介護保険施設等から退所等をしたその日に、他の介護保険施設等に入所等する場合には、退所等した介護保険施設等においては、その日の算定をしていませんか。  ※　介護保険施設等とは、介護保険施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護のことです。 | 留意事項通知第2の1(2)② | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ③　入所者等が、同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって、当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む)は、介護保険施設等においては退所等の日は算定できません。  また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む。)は、介護保険施設等においては入所等の日を算定できません。  このとおり算定していますか。 | 留意事項通知第2の1(2)③ | □いる  □いない  □該当なし |
| **４　定員超過利用の場合の所定単位数の算定** | 災害等やむを得ない理由による定員超過利用を除き、短期入所療養介護の月平均の利用者数又は介護老人保健施設の月平均の入所者数が定員を超えた場合に、その翌月から定員超過利用が解消される月まで、利用者等の全員について、所定単位数の100分の70を算定していますか。 | 平12厚告27・13のイ  留意事項通知第2の1(3) | □いる  □いない  □該当なし |
| **５　常勤換算方法による職員数の算定方法** | 暦月ごとの職員の勤務延時間数は、当該施設の常勤職員の勤務時間で除した時間数(小数点２位以下切り捨て)として算定していますか。  ただし、やむを得ない事情により、配置されている職員数が一時的に１割の範囲内で減少した場合については、１月以内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなします。 | 留意事項通知第2の1(4) | □いる  □いない |
| **６　人員基準欠如の場合の単位数の算定** | ①　医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員が、人員基準を満たしていない場合に、所定単位数の100分の70を算定していますか。 | 平12厚告27・13のロ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数は、前年度の平均を用いていますか。ただし、新規開設又は再開の場合は、推定数とします。  また、平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げていますか。 | 留意事項通知第2の1(5)② | □いる  □いない |
|  | ③　看護・介護職員が人員基準上必要とされる員数を満たさない場合は、次のとおり減算していますか。 | 留意事項通知第2の1(5)③、⑤ |  |
|  | ア　１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定単位数の100分の70を算定していますか。 |  | □いる  □いない  □該当なし |
|  | イ　１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から利用者全員について、所定単位数の100分の70を算定していますか。(ただし、翌月末において人員基準を満たせば減算になりません。) |  | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ④　看護・介護職員以外の職員が人員基準上必要とされる員数を満たさない場合は、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等全員について、所定単位数の100分の70を算定していますか。  ただし、翌月末において人員基準を満たせば減算になりません。 | 留意事項通知第2の1(5)④ | □いる  □いない  □該当なし |
| **７　夜勤体制による減算** | ①　ある月(暦月)において夜勤を行う職員が基準(平12厚告29)を満たさない次のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等全員について、所定単位数の100分の97を算定していますか。  ア　夜間時間帯(午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定する時間とする。)において夜勤職員数が基準に定める員数を満たさない事態が２日以上連続して発生した場合  イ　夜間時間帯において夜勤職員数が基準に定める員数を満たさない事態が４日以上発生した場合 | 報酬告示別表２の注1  留意事項通知第2の1(6)② | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　夜勤を行う職員の員数の算定における利用者等の数は、前年度の平均を用いていますか。ただし、新規開設又は再開の場合は推定数とします。  また、平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第以下を切り上げていますか。  　※　夜勤職員基準に定められる夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとします。  また、夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16 で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとします。  なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はありません。当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めてください。 | 留意事項通知第2の1(6)③  留意事項通知第2の1(6)④ | □いる  □いない |
| **８　新設、増床又は減床の場合の利用者数等** | 新設、増床又は減床の場合の利用者数等については次のとおりとしていますか。 | 留意事項通知第2の1(7) |  |
| ①　人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定  新たに事業を開始し、又は増床した事業者又は施設においては、新設又は増床分の定員に関しては、便宜上、定員数の90％を利用者数等としていますか。 | 留意事項通知第2の1(7) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　人員基準欠如の場合 | 留意事項通知第2の1(7) |  |
|  | ア　新設又は増床の場合で、前年度において１年未満の実績しかない場合(前年度の実績が全くない場合を含む。)の利用者数等については、新設又は増床の時点から６月未満の間は、ベッド数の90％とし、新設又は増床の時点から６月以上１年未満の間は、直近の６月における全利用者等の延数を６月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から１年以上経過している場合は、直近１年間における全利用者等の延数を１年間の日数で除して得た数としていますか。 |  | □いる  □いない  □該当なし |
|  | イ　減床の場合は、減床後の実績が３月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数としていますか。 |  | □いる  □いない  □該当なし |
| **《介護保健施設サービス》**  **１　介護保健施設サービス費** | 施設基準(平27厚労告96・55)及び夜勤に関する基準(平12厚告29・６イロ)を満たすものとして、県知事(長寿社会課)に届け出た介護老人保健施設においては、当該施設基準に掲げる区分及び施設基準(平27厚労告96・56)の区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じた所定単位数を算定していますか。 | 報酬告示別表２の注１ | □いる  □いない |
| **２　ユニットケア体制未整備による減算**  **(ユニット型のみ)** | ある月(暦月)においてユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準(平27厚労告96・57)を満たさない次のいずれかの事態が発生した場合に、その翌々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、所定単位数の100分の97を算定していますか。  ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除きます。  ア　日中について、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ない場合  イ　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していない場合 | 報酬告示別表２の注２  留意事項通知第2の6(6)  (準用第2の5(4)) | □いる  □いない  □該当なし |
| **３　身体拘束廃止未実施減算** | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない、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回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合は、速やかに改善計画を県知事に提出した後、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県知事に報告し、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算していますか。 | 報酬告示別表２の注３  条例第15条第5項  留意事項通知第2の6(7)  (準用第2の5(5)) | □いる  □いない  □該当なし |
| **４　安全管理体制未実施減算** | 事故の発生又はその再発の防止について①～④を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、１日につき所定単位を減算していますか。 | 報酬告示  別表の２の注４  留意事項通知第2の6(8) | □いる  □該当なし |
| ①　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備していますか。  ※　事故発生の防止のための指針には次の項目を盛り込んでいますか。  　ア　施設における介護事故の防止に関する基本的考え方  　イ　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  　ウ　介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針  　エ　施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という。)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針  　オ　介護事故等発生時の対応に関する基本方針  　カ　入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針  　キ　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 | 条例規則第12条第1項第1号  解釈通知第4の35の① | □いる  □いない |
| ②　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備していますか。  ※　「事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底」に関しては、具体的には次のことを想定しているが、これを行っていますか。    ア　介護事故等について報告するための様式を整備すること。  　イ　介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、アの様式に従い、介護事故等について報告すること。  　ウ　③の事故発生の防止のための委員会において、イにより報告された事例を集計し分析すること。  　エ　事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。  　オ　報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。  　カ　防止策を講じた後に、その効果について評価すること。 | 条例規則第12条第1項第2号  解釈通知第4の35の② | □いる  □いない |
| ③　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に行っていますか。  ※　事故発生の防止のための委員会について以下の項目を満たしていますか。  ア　幅広い職種(施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員。介護職員、生活相談員等)により構成すること。  イ　構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすること。  ウ　運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営すること。  エ　責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。  オ　施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用するのが望ましい。  ※　事故発生の防止のための従業員に対する研修について以下の項目を満たしていますか。  ア　事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うこと。  イ　職員教育を組織的に徹底させていくために、介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施すること。  ウ　上記の研修の実施内容について記録すること。 | 条例規則第12条第1項第3号  解釈通知第4の35の③  解釈通知第4の35の③ | □いる  □いない |
| ④　①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。  ※　専任の担当者は事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者であることが望ましい。 | 条例規則第12条第3項  解釈通知第4の35の④ | □いる  □いない |
| **５　栄養管理に係る減算** | 介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護老人保健施設基準第17 条の２（介護老人保健施設基準第50 条において準用する場合を含む。）に規定する基準（入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。）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、所定単位数が減算していますか。  ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除きます。  ※　介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数  　　栄養士又は管理栄養士　一以上配置  ※　介護老人保健施設基準第17 条の２に規定する基準  入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければなりません。  　当該基準は令和６年３月３１まで努力義務 | 報酬告示  別表の2の注5  留意事項通知第2の5の(9) |  |
| **６　夜勤職員配置加算** | ①　夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が次のとおりである場合には、夜勤職員配置加算として、１日につき所定単位数を加算していますか。  ア　当該介護老人保健施設の入所者の数及び指定短期入所療養介護の利用者の数(以下「入所者等の数」という。)が41以上の介護老人保健施設にあっては、入所者等の数が20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、２を超えていること。  イ　入所者等の数が40以下の介護老人保健施設にあっては、入所者等の数が20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、１を超えていること。 | 報酬告示別表２の注6  平12厚告29・6のハ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とします。  １日平均夜勤職員数は、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する16時間をいう。)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、小数点第３位以下は切り捨てていますか。 | 留意事項通知第2の6(10)①  (準用第2の3(2)) | □いる  □いない |
|  | ③　「認知症ケア加算」を算定している介護老人保健施設の場合にあっては、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たしていますか。 | 留意事項通知第2の6(10)② | □いる  □いない  □該当なし |
| **７　短期集中リハビリテーション実施加算** | ①　過去３か月の間に、介護老人保健施設に入所したことがない入所者に対して、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か月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合(20分以上の個別リハビリテーションを、１週につきおおむね３日以上実施する場合)は、短期集中リハビリテーション実施加算として、１日につき所定単位数を加算していますか。 | 報酬告示別表２の注７  留意事項通知第2の6(11)①、② | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(11)③ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ③　入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者に対し、当該加算を算定していますか。  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３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 | 留意事項通知第2の6(11)④ | □いる  □いない  □該当なし |
| **８　認知症短期集中リハビリテーション実施加算** | ①　認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、施設基準(平24厚労告97・58)に適合する介護老人保健施設において、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、入所の日から起算して３月以内の期間に限り、１週に３日を限度として１日につき240単位を所定単位数に加算していますか。 | 報酬告示別表２の注８ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が適切に配置されていますか。 | 施設基準・58イ | □いる  □いない |
|  | ③　リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士等の数に対して適切なものになっていますか。 | 施設基準・58ロ | □いる  □いない |
|  | ④　認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週３日実施することを標準としていますか。 | 留意事項通知第2の6(12)① | □いる  □いない |
|  | ⑤　精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施していますか。 | 留意事項通知第2の6(12)② | □いる  □いない |
|  | なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは、認知症に対して効果の期待できるものとなっていますか。 | 留意事項通知第2の6(12)② | □いる  □いない |
|  | ⑥　当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していますか。  なお、その研修は、認知症の概念、認知症の診断、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものとなっていますか。 | 留意事項通知第2の6(12)③ | □いる  □いない |
|  | ⑦　当該リハビリテーションにあっては、１人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が１人の利用者に対して行った場合にのみ算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(12)④ | □いる  □いない |
|  | ⑧　当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定していますか(時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれます)。 | 留意事項通知第2の6(12)⑤ | □いる  □いない |
|  | ⑨　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 Exami-nation)又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)においておおむね５点～25点に相当する者となっていますか。 | 留意事項通知第2の6(12)⑥ | □いる  □いない |
|  | ⑩　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。 | 留意事項通知第2の6(12)⑦ | □いる  □いない |
|  | ⑪　上記の「５　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であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(12)⑧ | □いる  □いない |
|  | ⑫　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限り算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(12)⑨ | □いる  □いない |
| **９　認知症ケア加算** | 認知症ケア加算として１日につき所定単位数を加算している場合は、以下の各項目に該当していますか。 | 報酬告示別表２の注９ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　対象者は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利用者(日常生活自立度のランク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者)となっていますか。 | 留意事項通知第2の6(13)① | □いる  □いない |
|  | ②　認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準としていますか。  ア　日中については、利用者10人に対し常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。  イ　夜間及び深夜については、20人に１人以上の看護職員又は介護職員を配置すること。 | 留意事項通知第2の6(13)② | □いる  □いない |
|  | ③　ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合に、当該加算を算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(13)③ | □いる  □いない |
|  | ④　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利用者(日常生活自立度のランク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者。以下同じです)と他の利用者とを区別していますか。 | 施設基準・59のイ | □いる  □いない |
|  | ⑤　次の施設及び設備を有していますか。  ア　専ら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利用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、他の利用者に利用させるものでないもの  イ　上記アの施設の入所定員は、40人を標準とすること。  ウ　上記アの施設に入所定員の１割以上の数の個室を設けていること。  エ　上記アの施設に療養室以外の生活の場として入所定員１人当たりの面積が２平方メートル以上のデイルームを設けていること。  オ　上記アの施設に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利用者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30平方メートル以上の面積を有するものを設けていること。 | 施設基準・59のロ | □いる  □いない |
|  | ⑥　介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者の数について、10人を標準としていますか。 | 施設基準・59のハ | □いる  □いない |
|  | ⑦　介護保健施設サービスを行う単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置していますか。 | 施設基準・59のニ | □いる  □いない |
| **10　若年性認知症入所者受入加算** | ①　別に厚生労働大臣が定める基準(受け入れた若年性認知症入所者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別の担当者を定めていること)に適合しているものとして県知事(長寿社会課)に届け出た介護老人保健施設において、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合には、若年性認知症入所者受入加算として、１日につき所定単位数を加算していますか。 | 報酬告示別表２の注10  留意事項通知第2の6(14)  (準用第2の2(14))  大臣基準告示・64 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　「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、当該加算を算定していませんか。 | 報酬告示別表２の注10 | □いる  □いない |
| **11　外泊時の費用算定** | ①　入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、１月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき所定単位を算定していますか。 | 報酬告示別表２の注11 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　外泊の期間に初日及び最終日を含めずに算定していますか。  ※　入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用を算定できます。  また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合、入院日以降について外泊時の費用は算定できません。 | 報酬告示別表２の注11  留意事項通知第2の6(15)  (準用第2の5(18)②) | □いる  □いない |
|  | ③　外泊期間中の入所者の同意を得て、当該空きベッドを短期入所療養介護に活用した場合に、外泊時の費用を算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(15)  (準用第2の5(18)③) | □いる  □いない |
|  | ④　１回の外泊で月をまたがる場合に、連続13泊(12日分)を超える算定をしていませんか。  ※　「外泊」には、親戚の家における宿泊、子ども又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含みます。なお他病院への入院は含みません。 | 留意事項通知第2の6(15)  (準用第2の5(18)④イ、ロ) | □いる  □いない |
|  | ⑤　外泊期間中の入所者について居宅介護サービス費を算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(15)  (準用第2の5(18)④ハ) | □いる  □いない |
| **12　入所者が外泊したときの費用（在宅サービスを利用する場合）** | ①　入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、１月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき所定単位を算定していますか。  　　ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、「上記外泊時の費用」を算定する場合は算定できません。 | 報酬告示別表２の注12 | □いる  □いない |
|  | ②　外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討していますか。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)①) | □いる  □いない |
|  | ③　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。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)②) | □いる  □いない |
|  | ④　外泊時在宅サービスの提供に当たっては、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。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)③) | □いる  □いない |
|  | ⑤　家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこととされています。  　イ　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導  　ロ　当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排せつ訓練の指導  　ハ　家屋の改善の指導  　ニ　当該入所者の介助方法の指導 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)④) |  |
|  | ⑥　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この加算は対象となりません。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)⑤) |  |
|  | ⑦　加算の算定期間は、１月につき６日以内としていますか。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)⑥) | □いる  □いない |
|  | ⑧　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すが、その場合外泊時在宅サービス利用の費用を合わせて算定することはできません。 | 留意事項通知第2の6(16)  (準用第2の5(19)⑦) |  |
| **13　従来型個室に入所していた者の取扱い** | ①　平成17年９月30日以前に従来型個室に入所し、平成17年10月１日以後引き続き従来型個室に入所するものに対して、介護保健施設サービス費を支給する場合は、介護保健施設サービス(ⅲ)又は(ⅳ)を算定していますか。  ※　当該期間中に、特別な居室の提供を受けた事に伴う特別な室料を払っていない者が対象となります。  　　ただし、当該者が、当該従来型個室を一旦退所した後、再度、当該従来型個室に入所して介護保健施設サービスを受ける場合にあっては、措置の対象とはなりません。 | 報酬告示別表２の注13  留意事項通知第2の6(22)  (準用第2の5(23)) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　次のいずれかに該当する者に対して、介護保健施設サービス費を支給する場合は、介護保健施設サービス(ⅲ)又は(ⅳ)を算定していますか。  ア　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日以内であるもの。  イ　療養室の面積が8.0㎡以下の従来型個室に入所する者  ウ　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者 | 報酬告示別表２の注14  施設基準・60 | □いる  □いない  □該当なし |
| **14　ターミナルケア加算** | ①　次のア～ウのいずれにも適合する入所者については、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　１日につき80単位  死亡日以前４日以上30日以下　１日につき160単位  死亡日の前日及び前々日　１日につき820単位（報酬区分によっては850単位）  死亡日　１日につき1,650単位（報酬区分によっては1,700単位）  を、死亡月に所定単位数に加算していますか(ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しません。)。  ア　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。  イ　入所者又はその家族等の同意を得て、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。  ウ　医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。 | 報酬告示別表２の注15  利用者等告示・65 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、随時本人またはその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援していますか。 | 留意事項通知第2の6(17)イ | □いる  □いない |
|  | ③　ターミナルケア加算は、ターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて45日を上限として、介護老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものです。  死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定していませんか。  (退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできません)  　なお、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。 | 留意事項通知第2の6(17)ロ | □いる  □いない |
|  | ④　介護老人保健施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能ですが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、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、文書にて同意を得ていますか。 | 留意事項通知第2の6(17)ハ | □いる  □いない |
|  | ⑤　介護老人保健施設は、施設退所の後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認していますか。 | 留意事項通知第2の6(17)ニ | □いる  □いない |
|  | ⑥　外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによります。  したがって、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日の範囲内である場合、当該外泊期間を除いた期間について、当該加算を算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(17)ホ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑦　本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載していますか。 | 留意事項通知第2の6(17)ヘ | □いる  □いない |
|  | また、本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士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と認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能です。  この場合には、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、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、一度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑧　ターミナルケア加算を算定するに当たっては、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には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮していますか。  なお、個室に移行した場合の入所者については、「従来型個室に入所していた者の取扱い②」に規定する措置の対象とします。 | 留意事項通知第2の6(17)ト | □いる  □いない |
| **15　特別療養費** | 療養型老健について、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(平20厚告第273号)を行った場合に、特別療養費として、別に厚生労働大臣が定める単位数(同告示)に10円を乗じて得た額を所定単位数に加算していますか。 | 報酬告示別表２の注16 | □いる  □いない  □該当なし |
| **16　療養体制維持特別加算** | 療養型老健について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、療養体制維持特別加算として、次に掲げる区分に応じ、それぞれ1日につき所定単位数に加算しているか。 | 報酬告示別表２の注17 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　療養体制維持特別加算(Ⅰ)について  ア　次のいずれかに該当すること  　a　転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費又は(ユニット型)認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)を有する病院であった介護老人保健施設であること。  　b　転換を行う直前において、療養病床を有する病院であった介護老人保健施設であること。  イ　当該介護老人保健施設における看護職員又は介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算で、指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計が４又はその端数を増すごとに１以上であること。  ウ　通所介護費等の算定方法第13号に規定する基準(定員超過減算、人員欠如減算)に該当していないこと。 | 施設基準・61 | □いる  □いない |
|  | ②　療養体制維持特別加算(Ⅱ)について  ア　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ものの占める割合が20/100以上であること。  イ　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きたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が50/100以上であること。 | 施設基準・61 | □いる  □いない |
| **17　在宅復帰・在宅療養支援機能加算（療養型老健を除く）** | 別に厚生労働大臣が定める基に適合するものとして県知事に届け出た介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算として、1日につき所定単位数に加算していますか。 | 報酬告示別表２の注18 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)  ア　施設基準第５５号イ(1)(六)の算定式により算定した数が、40以上であること。  　イ　地域に貢献する活動を行っていること。  　ウ　介護保健サービス費(Ⅰ) の(ⅰ)若しくは(ⅲ)又はユニット型介護保健サービス費(Ⅰ)の (ⅰ)若しくは経過的ユニット型介護保険サービス費(ⅰ)を算定しているものであること。  ※　地域に貢献する活動  ・基準省令第35条に規定されているが、自らの創意工夫によって、さらに地域に貢献する活動を行うこと。  ・地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。  ・各施設において、地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましい。  ・既に当該基準に適合する活動を実施している施設においては、さらに創意工夫を行うよう努めることが望ましい。 | 大臣基準告示・90  留意事項通知第2の6(2)  （準用第2の3(1)③） | □いる  □いない |
|  | ②　在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)  ア　①アに掲げられた算定式により算定した数が、70以上であること。  　イ　介護保健サービス費(Ⅰ)の (ⅱ)若しくは(ⅳ)又はユニット型介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ⅱ)若しくは経過的ユニット型ユニット型介護保険施設サービス費(ⅱ)を算定しているものであること。 | 大臣基準告示・90 | □いる  □いない |
| **18　初期加算** | ①　入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、１日につき所定単位数を加算していますか。 | 報酬告示別表２のハの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　当該入所者が過去３月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者の場合は過去１月間とする。)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に限り、算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(18)① | □いる  □いない |
|  | ③　当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合は、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。 | 留意事項通知第2の6(18)① | □いる  □いない |
|  | ④　「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期間中は、初期加算を算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(18)②  (準用第2の5(20)②) | □いる  □いない |
| **19　再入所時~~等~~栄養連携加算** | ①　定員超過利用・人員基準欠如に該当しない介護老人保健施設に入所（以下「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者１人につき１回を限度として所定単位数を加算していますか。  　　ただし、「栄養管理に係る減算」を算定している場合は算定できません。 | 報酬告示別表２のニの注 | □いる  □いない |
|  | ②　介護老人保健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、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象としているか。  　※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をいう。 | 留意事項通知第2の6(19)  (準用第2の5(21)①) | □いる  □いない |
|  | ③　介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して二次入所後の栄養ケア計画を作成しているか。  　　指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。ただし、当該者又はその家族（以下「当該者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければなりません。  なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。 | 留意事項通知第2の6(19)  (準用第2の5(21)②) | □いる  □いない |
|  | 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が得られた場合に算定しているか。 | 留意事項通知第2の6(19)  (準用第2の5(21)③) | □いる  □いない |
| **20　入所前後訪問指導加算** | 入所期間が１月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前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て退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定を行った場合に、次の①、②に掲げる区分に応じ入所中に１回を限度として、１回を限度に算定していますか。 | 報酬告示別表２のホの注 |  |
|  | ※　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。  ※　また、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、同様に算定します。 |  |  |
|  | ①　入所前後訪問指導加算(Ⅰ)  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  入所期間が１月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前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て退所を目的とした施設サービス計画の策定等を行った場合に、入所中に１回に限り加算を行うもの。 | 留意事項通知第2の6(20)① | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　入所前後訪問指導加算(Ⅱ)  退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合  　①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に１回に限り加算を行うもの。  なお、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。    イ　生活機能の具体的な改善目標  当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。  ロ　退所後の生活に係る支援計画  入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。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、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。 | 留意事項通知第2の6(20)② | □いる  □いない  □該当なし |
|  | 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。 | 留意事項通知第2の6(20)③ | □いる  □いない |
|  | ④　次の場合に算定していませんか。  ア　病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合  イ　他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合  ウ　予定の変更に伴い、入所しなかった場合 | 留意事項通知第2の6(20)④ | □いる  □いない |
|  | 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。 | 留意事項通知第2の6(20)⑤ | □いる  □いない |
|  | 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。 | 留意事項通知第2の6(20)⑥ | □いる  □いない |
|  | 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。 | 留意事項通知第2の6(20)⑦ | □いる  □いない |
| **21　退所時等支援加算** |  |  |  |
| **(１)　試行的退所時指導加算** | ①　退所が見込まれる入所期間が１月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、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回を限度として所定単位を算定していますか。 | 報酬告示  別表２のﾍの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　試行的退所時指導の内容は、次のようなものとなっていますか。  ア　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導  イ　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  ウ　家屋の改善の指導  エ　退所する者の介助方法の指導 | 留意事項通知  第2の6(21)①イ | □いる  □いない |
|  | ③　上記①のイにより算定を行う場合には、次の点に留意していますか。  ア　試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。  イ　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すること。  ウ　試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。  エ　利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。  オ　試行的退所期間中は、指定居宅サービス等の利用はできないこと。  カ　試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。  キ　試行的退所時指導加算は、次の場合に算定できないものであること。  (a)　退所して病院又は診療所へ入院する場合  (b)　退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合  (c)　死亡退所の場合  ク　退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。  ケ　退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。  コ　退所時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すること。 | 留意事項通知  第2の6(21)②ロ | □いる  □いない |
| **(２)　退所時情報提供加算** | ①　入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者１人につき１回を限度とし所定単位を算定していますか。 | 報酬告示別表２のﾍの注2 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | また、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処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定していますか。 |  | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　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、所定の様式の文書に必要な事項を記入の上、入所者又は主治医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。 | 留意事項通知  第2の6の(21)②イ | □いる  □いない |
|  | ③　上記②の所定の様式の文書には、入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付していますか。 | 留意事項通知  第2の6(21)②イ | □いる  □いない |
|  | ④　次の場合に算定していませんか。  ア　退所して病院又は診療所へ入院する場合  イ　退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合  ウ　死亡退所の場合 | 留意事項通知  第2の6の(21)②ロ  (準用第2の6(21)①ロｇ) | □いる  □いない |
| **(３)　退所前連携加算** | 退所前連携加算(Ⅰ)については、次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、退所前連携加算(Ⅱ)については、②～⑤に掲げる基準に適合する場合に、入所者１人につき１回を限度として算定していますか。  ただし、(Ⅰ)を算定している場合は、(Ⅱ)は算定しません。 | 報酬告示  別表２のﾍの注3 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めていますか。 | 報酬告示  別表２のﾍの注3イ | □いる  □いない |
|  | 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ますか。 | 報酬告示  別表２のﾍの注3ロ | □いる  □いない |
|  | ③　退所前連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っていますか。 | 留意事項通知  第2の6(21)③イ  (準用第2の5(22)③ロ) | □いる  □いない |
|  | ④　退所前連携加算は、次の場合に算定していませんか。  ア　退所して病院又は診療所へ入院する場合  イ　退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合  ウ　死亡退所の場合 | 留意事項通知  第2の6(21)③ロ  (準用第2の6(22)①ロｇ) | □いる  □いない |
|  | ⑤　退所前連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | 留意事項通知  第2の6(21)③ロ  (準用第2の6(22)①ロh) | □いる  □いない |
| **(４)　訪問看護指示加算** | ①　入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護 (看護サービスを行う場合に限る。)の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、入所者の同意を得て、訪問看護指示書(指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう。)を交付した場合に、入所者１人につき１回を限度として、所定単位を算定していますか。 | 報酬告示別表２のﾍの注4 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　訪問看護指示書(参照：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12老健第96号))は、診療に基づき速やかに作成・交付していますか。  ※　訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は１月であるものとみなされます。  ※　訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して、訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えありません。 | 留意事項通知  第2の6(21)⑤イ、ロ、ハ | □いる  □いない |
|  | ③　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。 | 留意事項通知  第2の6(21)⑤ニ | □いる  □いない |
|  | ④　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複合型サービス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。 | 留意事項通知  第2の6(21)⑤ホ | □いる  □いない |
| **22　栄養マネジメント強化加算** | 次に定める基準に適合するものとして県知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、１日につき所定単位数を加算していますか。  ただし、「栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しません。 | 報酬告示  別表１のトの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　次のア～オまでのいずれにも適合していますか。  　ア　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は、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。  　イ　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。  　ウ　イに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。  　エ　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あたって、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。  オ　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること。 | 大臣基準告示・65の3 | □いる  □いない |
|  | ②　栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに①に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できます。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)①） |  |
|  | ③　①アに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとしていますか。  なお、当該算出にあたり、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むことはできないこと。また、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ことを要件としますが、この場合における「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すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではありません。  ア　暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第２位以下を切り捨てるものとします。  なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、１月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととします。  イ　員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用います（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とします。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとします。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)②） | □いる  □いない |
|  | ④　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に基づき行っていますか。  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してください。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)③） | □いる  □いない |
|  | ⑤　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ますか。  ア　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。  イ　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。  ウ　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。  エ　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。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)④） | □いる  □いない |
|  | ⑥　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、⑤のイに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、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ますか。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)⑤） | □いる  □いない |
|  | ⑦　①のエに規定する厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行っていますか。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。  サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものです。 | 留意事項通知第2の6(23)  （準用第2の5(24)⑥） | □いる  □いない |
| **23　経口移行加算** | 経口移行加算として１日につき所定単位数に加算している場合は、以下の各項目に該当していますか。  ※　ただし、「栄養管理にかかる減算」を算定している場合は算定できません。 | 報酬告示  別表２のチの注1、2 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていますか。 | 大臣基準告示・66 | □いる  □いない |
|  | ②　医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成していますか。  なお、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとします。 | 報酬告示別表２のチの注１  留意事項通知第2の6(24)  (準用第2の5(25)①) | □いる  □いない |
|  | ③　当該経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行ったときは、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日につき所定単位を算定していますか。  ※　ただし、「栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しません。 | 報酬告示別表２のチの注１ | □いる  □いない |
|  | ④　支援が、180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものは、引き続き当該加算を算定していますか。 | 報酬告示別表２のチの注２ | □いる  □いない |
|  | ⑤　経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるア～カまでのとおり、実施していますか。 | 留意事項通知第2の6(24)  (準用第2の5(25)①) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ア　現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | イ　医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | 当該計画は、栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ウ　当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | エ　当該計画に基づき、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を実施していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | オ　経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間としていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算を算定していませんか。 |  | □いる  □いない |
|  | カ　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、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ただし、この場合において、医師の指示は、おおむね２週間ごとに受けるものとしていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑥　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、次のア～エまでについて確認した上で実施していますか。  ア　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)。  イ　刺激しなくても覚醒を保っていられること。  ウ　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)。  エ　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。 | 留意事項通知第2の6(24)  (準用第2の5(25)②) | □いる  □いない |
|  | ⑦　経口移行加算を180日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。 | 留意事項通知第2の6(24)  (準用第2の5(25)③) | □いる  □いない |
|  | ⑧　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。 | 留意事項通知第2の6(24)  (準用第2の5(25)④) | □いる  □いない |
| **24　経口維持加算** | 経口維持加算の算定に当たっては、次のア～オのいずれにも適合していますか。  ただし、「栄養管理にかかる減算」を算定している場合又は「経口移行加算」を算定している場合は、算定しません。  ア　入所定員を超過せず、人員基準を満たしていること。  イ　入所者の摂食又は嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。  ウ　誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。  エ　食形態に係る配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。  オ　上記イ～エを多職種協働により実施するための体制が整備されていること。  (ウの「管理体制」とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師への報告等が迅速に行われる体制をいう。） | 大臣基準告示・67 | □いる  □いない |
|  | ①　経口維持加算(Ⅰ)  別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限ります。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、１月につき所定単位数を加算していますか。  　　経口維持加算(Ⅰ)については以下のア～エを実施してください。 | 報酬告示  別表２のリの注1 |  |
|  | ア　経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。」）、頸部聴診検査、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「咽頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理(「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」をいう。以下同じ。)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者を対象としていますか。  ※　歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限ります。 | 留意事項通知第2の6(25)  (準用第2の5(26)①イ) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | イ　月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うともに必要に応じて見直ししていますか。  また、当該計画の作成及び見直しを行った場合は、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説に説明し、その同意を得ていますか。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができます。  　入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | 報酬告示別表２のリ注1  留意事項通知第2の6(25)  (準用第2の5(26)①ロ) | □いる  □いない |
|  | ウ　当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施していますか。  「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいいます。 | 留意事項通知第2の6(25)  (準用第2の5(26)①ハ) | □いる  □いない |
|  | エ　食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定していますが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(25)  (準用第2の5(26)③) | □いる  □いない |
|  | ②　経口維持加算(Ⅱ)  協力歯科医療機関を定めている施設が、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号の医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に、1月につき所定単位を加算していますか。  ※　食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。 | 報酬告示別表２のリの注２  留意事項通知第2の6(25)  (準用第2の5(24)②) | □いる  □いない  □該当なし |
| **25　口腔衛生管理加算** | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。  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。 | 報酬告示別表２のヌの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　口腔衛生管理加算(Ⅰ)  　次に掲げるア、ウ～キの基準に該当していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ②　口腔衛生管理加算(Ⅱ)  　次に掲げるイ～キの基準に該当していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ア　次のいずれにも適合すること。  　a　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。  　b　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月２回以上行うこと。  　c　歯科衛生士が、aにおける入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。  　d　歯科衛生士がa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。  　e　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること。 | 大臣基準告示・69のイ | □いる  □いない |
|  | イ　次のいずれにも適合すること。  　a　アのいずれにも適合すること。  　b　入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施にあたって、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。  ※　　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととします。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照してください。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do)、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものです。 | 大臣基準告示・69のロ  留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5の(27)の⑤) | □いる  □いない |
|  | ウ　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔衛生等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該利用者ごとに算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5の(27)の①) | □いる  □いない |
|  | エ　当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5の(27)の②) | □いる  □いない |
|  | オ　歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を作成し、当該施設に提出させていますか。  また、当該施設は当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供していますか。 | 留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5の(27)の③) | □いる  □いない  □いる  □いない |
|  | カ　当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5の(27)の④) | □いる  □いない |
|  | キ　医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できますが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月において、訪問歯科衛生指導料が３回以上算定された場合には、口腔衛生管理加算を算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(26)  (準用第2の5(27)⑥) | □いる  □いない |
| **26　療養食加算** | ①　次に掲げるア～ウのいずれの基準にも適合するものとして、県知事(長寿社会課)に届け出た介護老人保健施設が、医師の発行する食事せんに基づく療養食を提供したときは、１日につき３回を限度として所定単位数を算定していますか。  ア　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こと。  イ　入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び食事の提供が行われていること。  ウ　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること。 | 報酬告示別表２のルの注  大臣基準告示・35 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ※　なお、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る場合、「経口移行加算」又は「経口維持加算」を併せて算定することができます。 | 留意事項通知第2の6(27) |  |
|  | ②　当該加算を行う場合は、療養食の献立表を作成していますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)①) | □いる  □いない |
|  | ③　加算の対象となる療養食は、疾患治療の直接手段として医師の発行する食事せんに基づいて提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食)及び特別な場合の検査食となっていますか。  ※　なお、上記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問いません。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)②、③) | □いる  □いない |
|  | ④　減塩食療法等について  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り扱うことができるものですが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象としていませんか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)④) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未満の減塩食となっていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑤　肝臓病食について  肝臓病食は、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等となっていますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑤) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑥　胃潰瘍食について、次のように取り扱っていますか。  十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えありません。  手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としませんが、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、療養食の加算が認められます。  また、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等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えありません。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑥) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑦　貧血食の対象者となる入所者について  療養食として提供される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する者となっていますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑦) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑧　高度肥満症に対する食事療法について  高度肥満症(肥満度が＋70％以上又はBMI(BodyMassIndex)が35以上)に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱っていますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑧) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑨　特別な場合の検査食について  特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、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は、「特別な場合の検査食」として取り扱っていますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑨) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる入所者について  療養食として提供される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以上である者又はHDL-コレストロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者としていますか。 | 留意事項通知第2の6(27)  (準用第2の2(16)⑩) | □いる  □いない  □該当なし |
| **27　在宅復帰支援機能加算** | ①　介護保健施設サービス費(Ⅱ)、(Ⅲ)、ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)、(Ⅲ)について、次のア～エのいずれにも適合している場合にあっては、在宅復帰支援機能加算として１日につき所定単位数を加算しているか。  ア　算定日が属する月の前６月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が１００分の３０を超えていること。  イ　退所者の退所後３０日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が１月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。  ウ　入所者の家族との連絡調整を行っていること。  エ　入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。 | 報酬告示・別表２のヲの注  大臣基準告示・91 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。  　　退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。 | 留意事項通知第2の6(28)  (準用第2の5(31)①) |  |
|  | ③　本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。  　ア　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  　イ　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助言  　ウ　家屋の改善に関する相談援助  　エ　退所する者の介助方法に関する相談援助 | 留意事項通知第2の6(28)  (準用第2の5(31)②) |  |
|  | ④　在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠当の関係書類を整備しておくこと。 | 留意事項通知第2の6(28)  (準用第2の5(31)③) |  |
| **28　かかりつけ医連携薬剤調整加算** | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算していますか。 | 報酬告示・別表２のワの注 |  |
|  | ①　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)　次のア～ウに適合していますか。 |  |  |
|  | ②　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)　次のア～オに適合していますか。 |  |  |
|  | ③　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)　次のア～クに適合していますか。 |  |  |
|  | ア　当該介護保険施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。  　　※　当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師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します。  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しますが、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。 | 大臣基準告示・91の2イ(1)  留意事項通知第２の6(29)⑥ |  |
|  | イ　入所後、１月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の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こと。  　　※　その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。 | 大臣基準告示・91の2イ(2)  留意事項通知第２の6(29)② |  |
|  | ウ　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の内容について変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。  　　※　入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。  　　※　総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。 | 大臣基準告示・91の2イ(3)  留意事項通知第２の6(29)③、④ |  |
|  | エ　入所期間が３月以上であると見込まれる入所者であること。 | 留意事項通知第２の6(30)② |  |
|  | オ　当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省へ提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。  　　※　厚生労働省への情報の提出は、入所期間が３月を超えると見込まれる入所者について、ＬＩＦＥを用いて行うこと。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。  サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討（Plan）、当該検討に基づく処方（Do）、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価（Check）、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。  提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 大臣基準告示・91の2ロ(2)  留意事項通知第２の6(30)③ |  |
|  | カ　当該入所者に六種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて１種類以上減少されること。  　※　入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外します。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します。  　※　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種類として計算する。 | 大臣基準告示・91の2ハ(2)  留意事項通知第２の6(31)③、④ |  |
|  | キ　退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて１種類以上減少していること。 | 大臣基準告示・91の2ハ(3) |  |
|  | ク　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する。 | 留意事項通知第２の6(31)⑤ |  |
| **29　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以下に掲げる医療行為につき算定していますか。 | 報酬告示別表２のカ | □いる  □いない  □該当なし |
| **(１)　緊急時治療管理** | ①　入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要な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、１日につき所定単位を算定していますか。 | 報酬告示  別表２のカの(1)の注1  留意事項通知第2の6(32)①イ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　緊急時治療管理が行われた場合は、１回に連続する３日を限度として、月１回に限り算定していますか(例えば、１月に連続しない１日を３回算定することはできません)。 | 報酬告示  別表２のカの(1)の注2  留意事項通知第2の6(32)①ロ | □いる  □いない |
|  | ③　緊急時治療管理と特定治療を同時に算定していませんか。 | 留意事項通知第2の6(32)①ハ | □いる  □いない |
|  | ④　緊急時治療管理は、次の症状の入所者を対象として算定していますか。  ア　意識障害又は昏睡  イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪  ウ　急性心不全(心筋梗塞を含む。)  エ　ショック  オ　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)  カ　その他薬物中毒等で重篤なもの | 留意事項通知第2の6(32)①ニ | □いる  □いない |
| **(２)　特定治療** | 介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第１医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じて得た額を算定していますか。  ただし、歯科診療報酬点数表第２章第７部により点数の算定されるリハビリテーション、同章９部により点数の算定される処置、同章第10部により点数の算定される手術及び同章第11部により点数の算定される麻酔を除きます。 | 報酬告示別表２のカの(2)  留意事項通知第2の6(32)②  利用者等告示・67 | □いる  □いない  □該当なし |
| **30　所定疾患施設療養費（Ⅰ）** | ①　肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、１日につき、所定単位を算定していますか。  　※　肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。 | 報酬告示別表２のヨの注1  利用者等告示・68  留意事項通知第2の6(33)①  留意事項通知第2の6(33)④ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　同一の入所者について、１回に連続する７日を限度とし、月１回に限り算定していますか。(１月に連続しない１日を７回算定することは認められません。) | 報酬告示別表２のヨの注2  留意事項通知第2の6(31)① | □いる  □いない |
|  | ③　「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ませんか。 | 報酬告示別表２のヨの注3 | □いる  □いない |
|  | ④　診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む）の内容等を診療録に記載していますか。 | 大臣基準告示・92のイ（1） | □いる  □いない |
|  | ⑤　当該加算の算定開始後に、治療の実施状況について公表していますか。  なお、公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告してください。 | 大臣基準告示・92のイ（2）  留意事項通知第2の6(33)⑥ | □いる  □いない |
| **31　所定疾患施設療養費（Ⅱ）** | ①　肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、１日につき、所定単位を算定していますか。  　※　肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。 | 報酬告示別表２のヨの注1  利用者等告示・68  留意事項通知第2の6(34)①  留意事項通知第2の6(34)④ | □いる  □いない |
|  | ②　同一の入所者について、１回に連続する10日を限度とし、月１回に限り算定していますか。(１月に連続しない１日を10回算定することは認められません。) | 報酬告示別表２のヨの注2  留意事項通知第2の6(34)① | □いる  □いない |
|  | ③　「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ませんか。 | 報酬告示別表２のヨの注3 | □いる  □いない |
|  | ④　診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していますか。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載していますか。  　　また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。 | 大臣基準告示・92のロ（1）  留意事項通知第2の6(34)⑤ | □いる  □いない |
|  | ⑥　当該加算の算定開始後に、治療の実施状況について公表していますか。  なお、公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告してください。 | 大臣基準告示・92のロ（2）  留意事項通知第2の6(34)⑥ | □いる  □いない |
|  | ⑦　当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、帯状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していますか。  ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講したものとみなします。 | 留意事項通知第2の6(34)⑦ | □いる  □いない |
| **32　認知症専門ケア加算** | ①　認知症専門ケア加算(Ⅰ)  次に掲げるア～ウのいずれにも適合していますか。 | 報酬告示別表２のタの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ア　当該施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が２分の１以上となっていますか。  ※　「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する入所者を指します。 | 大臣基準告示・3の2のイの(1)  利用者等告示・69  留意事項通知第2の6(35)  (準用第2の5(33)①) | □いる  □いない |
|  | イ　認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19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のケアを実施していますか。  ※　「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年３月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年３月31日老計第0331007号厚生労働省計画局長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指します。 | 大臣基準告示3の2のイの(2)  留意事項通知第2の6(35)  (準用第2の5(33)②) | □いる  □いない |
|  | ウ　当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。  ※ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。  この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | 大臣基準告示・3の2のイの(3)  留意事項通知第2の6(35)  (準用第2の5(33)③) | □いる  □いない |
|  | ②　認知症専門ケア加算(Ⅱ)  次のア～ウのいずれにも適合していますか。 | 報酬告示別表２のタの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ア　①に掲げるア～ウの基準のいずれにも適合していますか。 | 大臣基準告示・3の2のロの(1) | □いる  □いない |
|  | イ　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イの基準に加え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ますか。  ※　「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指します。 | 大臣基準告示・3の2のロの(2)  留意事項通知第2の6(35)  (準用第2の5(33)③) | □いる  □いない |
|  | ウ　当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していますか。 | 大臣基準告示・3の2のロの(3) | □いる  □いない |
| **33　認知症行動・心理症状緊急対応加算** | ①　医師が、認知症の行動・心理症状(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。)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、介護保険施設サービスを行った場合に、入所した日から起算して７日を限度として、１日につき所定単位数を算定していますか。  ※　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す。 | 報酬告示別表２のレの注  留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)①)  留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)②) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定していますか。  ※　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う必要があります。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)③) | □いる  □いない |
|  | ③　医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)③) | □いる  □いない |
|  | ④　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ていますか。  ※　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ください。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)④) | □いる  □いない |
|  | ⑤　次のア～ウに掲げる者が、直接、当該施設に入所した場合に算定していませんか。  ア　病院又は診療所に入院中の者  イ　介護保険施設又は地域密着型老人保健施設に入院中又は入所中の者  ウ　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所者生活介護を利用中の者 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)⑤) | □いる  □いない |
|  | ⑥　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ますか。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)⑥) | □いる  □いない |
|  | また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑦　個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備していますか。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)⑦) | □いる  □いない |
|  | ⑧　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月間に当該加算(他のサービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定していますか。 | 留意事項通知第2の6(36)  (準用第2の5(34)⑧) | □いる  □いない |
| **34　認知症情報提供加算** | 認知症情報提供加算として、入所者１人につき入所期間中に１回を限度とし、所定単位数を加算している場合は、以下の各項目に該当していますか。 | 報酬告示別表２のソの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | 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算定していますか。  ※「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。  ※「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。  ※「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指します。 | 報酬告示別表２のソの注  留意事項通知第2の6(37) | □いる  □いない |
|  | ②　当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、別に厚生労働大臣が定める機関(認知症疾患医療センター、認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関)に当該入所者の紹介を行っていますか。  ※「診察状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいいます。  ※「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必要な医師が配置され、十分な体制が整備されている保険医療機関です。  ここでいう必要な医師の配置とは、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名以上配置されていることをいい、十分な体制とは、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を有していることをいいます。 | 報酬告示別表２のソの注  留意事項通知第2の6(37) | □いる  □いない |
|  | 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、算定していませんか。  ※「これに類する保険医療機関」は、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たすものとします。  ・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県又は政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っていると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。 | 報酬告示別表２のソの注 | □いる  □いない |
| **35　地域連携診療計画情報提供加算** | 地域連携診療計画情報提供加算として、入所者１人につき１回を限度とし、所定単位を加算している場合は、以下の各項目に該当していますか。 | 報酬告示別表２のツの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　以下の疾患について、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定していますか。  ア　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。)  イ　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。) | 留意事項通知第2の6(38)② | □いる  □いない |
|  | ②　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、入所者の同意を得た上で、当該入所者の診療情報(退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等)を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、文書により情報提供を行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(38)③ | □いる  □いない |
|  | ③　次のア～イのいずれも満たしていますか。  ア　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。  イ　アについて、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。  ※　地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算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たものです。 | 留意事項通知第2の6(38)④  留意事項通知第2の6(38)① | □いる  □いない |
| **36　リハビリテーションマネジメント計画書情報加算** | 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、１月につき所定単位数を加算していますか | 報酬告示別表２のネの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | 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こと。  　※　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととします。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。  　※　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うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３月ごとに行うものであること。  ※　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 報酬告示別表２のネの注(1)  留意事項通知第２の6(39) | □いる  □いない |
|  | ②　必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 | 報酬告示別表２のネの注(2) | □いる  □いない |
| **37　褥瘡マネジメント加算** | 介護保健施設サービス費（Ⅰ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）について、次の基準に適合しているものとして知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。  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。 | 報酬告示別表２のナの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)  　次の③、⑤～⑫、⑭に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ②　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)  　次の③～⑭に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ※　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す。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑩) |  |
|  | ③　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価していること。  　イ　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管理していること。  　ウ　アの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。  　エ　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こと。  オ　アの評価に基づき、少なくとも3月に1回褥瘡ケア計画の見直しをしていること。 | 大臣基準告示・71の2イ |  |
|  | ④　③の評価の結果、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褥瘡の発生はありませんか。 | 大臣基準告示・71の2ロ |  |
|  | ⑤　褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算していますか。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)①) | □いる  □いない |
|  | ⑥　褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに上記の要件を満たした場合に、当該事業所の入所者全員に対して算定できます。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)②) |  |
|  | ⑦　上記③の評価は、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施していますか。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)③) | □いる  □いない |
|  | ⑧　上記③の施設入所時の評価は、ア～オまでの要件に適合しているものとして県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において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ますか。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)④) | □いる  □いない |
|  | ⑨　①の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行っていますか。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。  提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑤~~)~~ | □いる  □いない |
|  | ⑩　褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、様式を用いて作成していますか。  なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができます。その際は、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑥) | □いる  □いない |
|  | ⑪　褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑦) | □いる  □いない |
|  | ⑫　褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性）があれば直ちに実施していますか。  　　　その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑧) | □いる  □いない |
|  | ⑬　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)のみ  褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、⑧の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に様式を用いて評価を実施し、当該月に様式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ますか。  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します。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑨) | □いる  □いない |
|  | ⑭　褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいとされています。 | 留意事項通知第2の6(40)  (準用第2の5(35)⑪) |  |
| **38　排せつ支援加算** | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算していますか。  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ません。 | 報酬告示別表２のラの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　排せつ支援加算(Ⅰ)  　次の④、⑦～⑲に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ②　排せつ支援加算(Ⅱ)  　次の④、⑤又は⑥、⑦～⑲に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ③　排せつ支援加算(Ⅲ)  　次の④～⑲に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ※　排せつ支援加算(Ⅳ)は、令和３年３月31 日において、令和３年度改定前の排せつ支援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ります。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑯) |  |
|  | ④　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価すること。  イ　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あたって、当該情報その他排せつ支援の適切か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。  ウ　アの評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。  エ　アの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 | 大臣基準告示・71の3イ | □いる  □いない |
|  | ⑤　③の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれも悪化していませんか。 | 大臣基準告示・71の3ロ(2) | □いる  □いない |
|  | ⑥　③の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくっていますか。 | 大臣基準告示・71の3ロ(3) | □いる  □いない |
|  | ⑦　排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(36)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算していますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)①) | □いる  □いない |
|  | ⑧　排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに④の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。）に対して算定できます。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)②) | □いる  □いない |
|  | ⑨　当該加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものです。  したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはなりません。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)③) | □いる  □いない |
|  | ⑩　④の評価は、様式を用いて、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ますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)④) | □いる  □いない |
|  | ⑪　施設入所時の評価は、④までの要件に適合しているものとして県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑤) | □いる  □いない |
|  | ⑫　⑩又は⑪の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告していますか。  また、医師と連携した看護師が⑩の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談していますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑥) | □いる  □いない |
|  | ⑬　評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととしていますか。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。  提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑦) | □いる  □いない |
|  | ⑭　③の「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成30 年４月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいいます。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑧) | □いる  □いない |
|  | ⑮　③の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善していますか、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ていますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑨) | □いる  □いない |
|  | ⑯　支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、様式を用いて支援計画を作成していますか。  要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、⑩の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えてください。  なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとしますが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑩) | □いる  □いない |
|  | ⑰　支援計画の作成にあたっては、要員分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意していますか。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意していますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑪) | □いる  □いない |
|  | ⑱　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っとなっていますか。  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行っていますか。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑫) | □いる  □いない  □いる  □いない |
|  | ⑲　④における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施していますか。  その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 | 留意事項通知第2の6(41)  (準用第2の5(36)⑬) | □いる  □いない |
| **39　自立支援促進加算** | 次の基準に適合しているものとして県知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設において、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を加算していますか。 | 報酬告示別表の2のム | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うこと。  イ　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。  ウ　ア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。  エ　アの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画の見直しをしていること。  オ　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。 | 大臣基準告示・71の4 | □いる  □いない |
|  | ②　自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算していますか。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)①) | □いる  □いない |
|  | ③　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ますか。  医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定していますか。  なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、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は、加算の対象とはなりません。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)②) | □いる  □いない  □いる  □いない |
|  | ④　原則として入所者全員を対象として入所者ごとに①に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものです。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)③) | □いる  □いない |
|  | ⑤　①の自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、様式を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施していますか。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)④) | □いる  □いない |
|  | ⑥　①の支援計画は、関係職種が共同し、様式を用いて、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ますか。  作成にあたっては、⑤の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、画一的な支援計画とならないよう留意すること。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)⑤) | □いる  □いない |
|  | ⑦　当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施していますか。  その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。  ア　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。  イ　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。  ウ　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。  エ　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。  オ　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。  カ　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、⑤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。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)⑥) | □いる  □いない |
|  | ⑧　①において、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、その同意を得ていますか。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)⑧) | □いる  □いない |
|  | ⑨　①における支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行っていますか。  その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)⑨) | □いる  □いない |
|  | ⑩　①の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行っていますか。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。  提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 留意事項通知第2の6(42)  (準用第2の5(37)⑩) | □いる  □いない |
| **40　科学的介護推進体制加算** | 次の基準に適合しているものとして県知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。  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ません。 | 報酬告示別表の2のウ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　科学的介護推進体制加算(Ⅰ)  　次の③、⑤～⑦に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ②　科学的介護推進体制加算(Ⅱ)  　次の④～⑦に適合している場合に算定していますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ③　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　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。  イ　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、アに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 | 大臣基準告示・92の2イ | □いる  □いない |
|  | ④　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　③のアに規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病、服薬の状況等を、厚生労働省に提出していること。  イ　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、③のアに規定する情報、アに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 | 大臣基準告示・92の2ロ | □いる  □いない |
|  | ⑤　原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに③又は④に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 | 留意事項通知第2の6(43)  (準用第2の5(38)①) | □いる  □いない |
|  | ⑥　情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行っていますか。  ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。 | 留意事項通知第2の6(43)  (準用第2の5(38)②) | □いる  □いない |
|  | ⑦　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ることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組を行っていますか。  したがって、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りません。  ア　入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。  イ　サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。  ウ　ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。  エ　検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。  提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものであります。 | 留意事項通知第2の6(43)  (準用第2の5(38)③) | □いる  □いない |
| **41　安全対策体制加算** | 次の施設基準に適合しているものとして県知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算していますか。 | 報酬告示別表の2のヰ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  　ア　介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する基準に適合していること。  　イ　介護老人保健施設基準第36条条第4項に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。  ウ　当該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こと。 | 施設基準・61の2 | □いる  □いない |
|  | ②　安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものです。  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 日までの間にあっては、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。  また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要です。 | 留意事項通知第2の6(44)  (準用第2の5(39)) |  |
| **42　サービス提供体制強化加算** | ①　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  次のいずれにも適合していますか。  ア　次のa、bのいずれかに適合していること。  a　当該施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。  ｂ　当該施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。  イ　施設入所者介護の質の向上に資する取組を実施していること。  ウ　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること。 | 大臣基準告示・93イ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  次のア、イのいずれにも適合していますか。  ア　当該施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。  イ　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること。 | 大臣基準告示・93ロ | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ③　サービス提供体制強化加算(Ⅲ)  次のア、イのいずれにも適合していますか。  ア　次のa～cのいずれかに適合していますか。  　　a　当該施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。  　　b　当該施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分75以上であること。  　　c　入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数が7年以上の者の占める割合が100分30以上であること。  イ　入所定員を超過せず、人員基準も満たしていること | 大臣基準告示・93ハ~~ニ~~  留意事項通知第2の6(39)② | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ④　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)の平均を用いていますか。  ※　なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く)に従事している時間を用いても差し支えありません。  ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む)については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとします。  したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となります。  なお、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します。 | 留意事項通知第2の6(45)①  (準用第2の2(21)①) | □いる  □いない |
|  | ⑤　④のただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持していますか。  ※　なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知(平成12年3月1日老企第36号)第１の５(加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い)の届出を提出しなければなりません。 | 留意事項通知第2の6(45)①  (準用第2の2(21~~20~~)②) | □いる  □いない |
|  | ⑥　勤続年数は、各月の前月の末日地点における勤続年数としていますか。  ※　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、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。 | 留意事項通知第2の6(45)①  (準用第2の2(21)③、④) | □いる  □いない |
|  | ⑦　提供する施設生活介護の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとしていますか。  （例）  ・ ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築  ・ ＩＣＴ・テクノロジーの活用  ・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化  ・ ケアに当たり、居室の定員が２以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。 | 留意事項通知第2の6の(45)  (準用4の(18)の③) | □いる  □いない |
| **43　介護職員処遇改善加算** | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして県知事(長寿社会課)に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、令和６年３月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 | 報酬告示別表２のオの注  留意事項通知第2の6(46)  (準用第2の2の(22)) |  |
|  | ただし、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかの加算を算定している場合には、その他の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)は算定できません。 |  |  |
|  | ①　介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(基本サービス費に各種加算減算を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の39に相当する単位数)の算定に当たっては、以下の④～⑪のいずれにも適合していますか。 | 報酬告示  別表２のオの注の(１)  大臣基準告示・94 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(基本サービス費に各種加算減算を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の29に相当する単位数)の算定に当たっては、以下の④～⑨、⑪、⑫のいずれにも適合していますか。 | 報酬告示  別表２のオの注の(２)  大臣基準告示・94 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ③　介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(基本サービス費に各種加算減算を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の16に相当する単位数)の算定に当たっては、以下の④～⑨、⑪、⑬のいずれにも適合していますか。 | 報酬告示  別表２のオの注の(3)  大臣基準告示・94 | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ④　介護職員の賃金(退職手当を除く)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。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑤　当該介護老人保健施設において、④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計画等を記載した介護職員の処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、県知事に届け出ていますか。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑥　介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。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。）見直すことはやむを得ないが、その内容について県知事（長寿社会課）に届け出ること。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑦　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県知事に報告していますか。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑧　算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていませんか。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑨　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ますか。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)** | ⑩　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  ア　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。  イ　ア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。  ウ 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。  エ　ウについて、全ての介護職員に周知していること。  オ 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。  カ オ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。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)** | ⑪　⑤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する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅱ)** | ⑫　次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  ア　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。  イ　ア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。  ウ 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。  エ　ウについて、全ての介護職員に周知していること。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **(Ⅲ)** | ⑬　次に掲げるア～イのいずれかの基準に適合していますか。  ア　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。  イ　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。 | 大臣基準告示・94 | □いる  □いない |
| **44　介護職員等特定処遇改善加算** | 別に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県知事（長寿社会課）に届け出た介護老人保健施設が、利用者に対し、介護保険施設サービスを行った場合には、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していますか。  　ただし、加算(Ⅰ)・(Ⅱ)のいずれかの加算を算定している場合には、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)は算定できません。  介護職員等特定処遇改善加算の内容については、別途通知（「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」）を参照 | 報酬告示別表2のク  (準用第2の2の(23)）  留意事項通知第2の6の(47) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ①　介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(基本サービス費に各種加算減算（介護職員処遇改善加算を除く）を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の21に相当する単位数)の算定に当たっては、以下の③～⑩のいずれにも適合していますか。 | 報酬告示  別表2のクの注の(1) | □いる  □いない  □該当なし |
|  | ②　介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(基本サービス費に各種加算減算（介護職員処遇改善加算を除く）を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の17に相当する単位数)の算定に当たっては、以下の③～⑥、⑧～⑩のいずれにも適合していますか。 | 報酬告示  別表2のクの注の(2) | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ③　介護職員その他の職員の賃金改善について、ア～エに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を作成し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。  　ア　介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下、「経験・技能のある介護職員」）のうち、一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額４４０万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りではありません。  　イ　介護老人保健施設における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。  　ウ　介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りではありません。  　エ　介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額４４０万円を上回らないこと。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（1）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ④　当該介護老人保健施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、県知事に届け出ていますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（2）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ⑤　介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について県知事に届け出ていますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（3）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ⑥　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県知事に報告していますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（4）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)** | ⑦　介護老人保健施設サービス費におけるサービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は(Ⅱ)を届け出ていますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（5）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ⑧　介護老人保健施設サービス費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（6）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ⑨　④の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（7）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **(Ⅰ)、(Ⅱ)** | ⑩　⑨の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していますか。 | 大臣基準告示・94の2  （準用6の2イ（8）） | □いる  □いない  □該当なし |
| **45　介護職員等ベースアップ等支援加算** | 別に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県知事（長寿社会課）に届け出た指定介護老人保健施設が、利用者に対し、介護保健施設サービスを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、基本サービス費に各種加算減算を加えた１月あたりの総単位数の1,000分の8に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。 | 報酬告示別表2のヤの注 | □いる  □いない  □該当なし |
|  | 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  イ　介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の３分の２以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。  ロ　指定介護老人保健施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、県知事（長寿社会課）に届け出ていること。  ハ　介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を行うこと。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当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について県知事（長寿社会課）に届け出ること。  ニ　当該指定介護老人保健施設において、事業年度ごとに職員の処遇改善に関する実績を県知事（長寿社会課）に報告すること。  ホ　介護保健施設サービスにおける介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。  ヘ　ロの届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。 | 大臣基準告示・94の3  (準用4の3) | □いる  □いない  □該当なし |
| **第８　その他** |  |  |  |
| **１　ワムネット等の活用** | ・福祉保健医療情報ネットワークシステム(ワムネット)  ※介護保険制度に関する国・県などの最新情報の入手や事業者の情報発信などに便利なワムネットは、登録するだけでインターネットにて利用できます。  (ＵＲＬ)http：//www.wam.go.jp/ |  |  |
| **２　介護職員による医療行為** | ①医療行為の必要な利用者がいますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ②医療行為を介護職員等が行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | 以下①、②両方（□いる）にチェックをつけた場合確認。 |  |  |
|  | ③喀痰吸引等業務は県に認定を受けた介護職員等が行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ④介護職員等による喀痰吸引等の実施の可否、喀痰吸引等の実施内容、その他喀痰吸引計画書に記載すべき事項について個別に指示を得ていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑤対象者の希望及び心身の状況並びに医師の指示を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容その他の事項を記載した計画書を作成していますか。  　また必要に応じて適宜内容等の検証や見直しを行っていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑥計画の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ていますか。 |  | □いる  □いない |
|  | ⑦喀痰吸引等を実施した日、実施内容、実施結果等を記載した報告書を作成し、指示を行った医師への報告と確認を行っているか。 |  | □いる  □いない |
| **事業所における課題等について、右の空欄にご記入ください。** |  | | |