

平成21年度 自己点検シート

(介護療養型医療施設・病院療養型)

事業所番号： 33

事業所名：

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
第1 基本方針		
第2 人員に関する基準		【基準省令 §2】 【告示26号・52】 II 791～796・1100
1 医師数 (1) 医師の日々の勤務実績が記録されているか。 (2) 医療法施行規則 §19①の規定で定められた標準人員以上の医師数が確保されているか。(医療監視担当との調整) (3) 医療法施行規則 §19①の規定で定められた標準人員の6割以上の医師数が確保されているか。	適 否 適 否 適 否	・1120 ・医療監視情報
2 薬剤師 (1) 医療法 §18の規定による専属の薬剤師が配置されているか。 (2) 医療法施行規則 §19③の規定で定められた標準人員以上の薬剤師数が確保されているか。(医療監視担当との調整)	適 否 適 否	・医療監視情報
3 看護職員 (1) 職員勤務実績表は実態と合致しているか。 (2) 看護職員の資格と免許証（写）は一致しているか。 (3) 常勤換算方法で、病棟における入院患者数に対し、6：1以上となる看護職員数が配置されているか。(端数切上げ) (4) 看護職員数（必要最小数）の2割以上の看護師が配置されているか。 (5) 介護職員の数に看護職員を含めている場合、看護職員としてもカウントしていないか。	適 否 適 否 適 否 適 否 適 否	・タイムカード ・社会保険台帳 ・賃金台帳 ・看護日誌 ・勤務計画表 ・資格者証
4 介護職員 (1) 職員勤務実績表は実態と合致しているか。 (2) 勤務計画・実績表に、事務職員など病棟において介護業務を行っていない従事者がカウントされていないか。 (3) 常勤換算方法で、病棟における入院患者数に対し、6：1以上となる介護職員数が配置されているか。(端数切上げ) (4) (3)において、介護給付費の算定に係る体制等の届出において届け出た介護職員の配置区分と一致する人員配置となっているか。(4:1、5:1、6:1のうち届け出た人員配置)	適 否 適 否 適 否 適 否	
5 介護支援専門員 (1) 1以上配置されているか。(100：1が標準) (2) 専らその職務に従事する常勤の者を配置しているか。 (3) 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との兼務を行っていないか。(増員に係る非常勤の介護支援専門員は差し支えない。)	適 否 適 否 適 否	

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>第3 設備に関する基準</p>		
<p>1 病室 (1) 患者のプライバシーが確保されるよう配慮されているか。 （カーテン等が設置されているか。） (2) 1の病床数は、4床以下であるか。 (3) 病室は、入院患者1人につき6.4㎡以上であるか。</p>	<p>適 否 適 否 適 否</p>	<p>【基準省令 §3】 II 796～797 【老企40号・2・7 (15)①】</p>
<p>2 ナースステーション (1) 介護型、医療型の混在病棟にあっては、患者の診療録や書類 等が区別しやすいよう色分けなど配慮されているか。 (2) 病棟が複数階に分かれている場合は、サブナースステーショ ンが設置され、適切に活用されているか。</p>	<p>適 否 適 否</p>	<p>【老企40号・2・7 (4)④】 I 727 【基準省令 §3】</p>
<p>3 廊下等 (1) 片側に居室がある廊下の幅は1.8m以上、両側に居室がある場 合は2.7m以上あるか</p>	<p>適 否</p>	<p>II 797</p>
<p>4 機能訓練室 (1) 40㎡以上の床面積を有し、必要な器械及び器具を備えている か。ただし、施設基準の届け出がある場合は以下のとおり。 理学療法 I = 100㎡以上 作業療法 = 75㎡以上</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 §3】 II 797 【老企58号・3・7(2)】 【老企58号・3・8(2)】 I 845</p>
<p>5 談話室 (1) 談話室は、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が 談話を楽しめる広さを有しているか。</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 §3】 II 797</p>
<p>6 食堂 (1) 入院患者1人につき1㎡以上の面積が確保されているか。 ※物置などに利用されていないか</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 §3】 II 797</p>
<p>7 浴室 (1) 浴室や脱衣場の転倒防止の配慮、手すりの設置等身体が不自 由な患者が入浴するのに適したものとなっているか。</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 §3】 II 797</p>
<p>8 特別な病室 (1) 定員は、1人又は2人であるか。 (2) 特別な病室の病床数は、運営規程に定められた入院定員の 50/100（地方公共団体が設置する病院にあっては30/100）を超 えていないか。 (3) 特別な病室の施設、設備等が利用料を徴収するのにふさわし いものとなっており、少なくとも次の備品は備えているか。 個人用の私物の収納設備 個人用の照明 小机等及び椅子</p>	<p>適 否 適 否 適 否</p>	<p>【告示123号・1】 II 19</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>9 消火設備 (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るか。</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 3】 II 797</p>
<p>第4 運営に関する基準</p>		
<p>1 内容及び手続の説明及び同意 (1) 重要事項を記した文書を交付して、説明を行っているか。 (2) 重要事項を記した文書に不適切な事項や漏れはないか。 【重要事項最低必要項目】 ①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制 (3) 利用申込者の同意は、適正に徴されているか。</p>	<p>適 否 適 否 適 否</p>	<p>【基準省令 § 6】 II 800 ・重要事項説明書 ・入院申込書 ・同意に関する書類</p>
<p>2 提供拒否の禁止 (1) 正当な理由なくサービスの提供を拒んでいないか。 (提供を拒否したことがある場合は、どのような事例か。) 【正当な理由の例】 ①ベッドが空いていない場合 ②入院治療の必要がない場合 ③適切なサービスを提供することが困難な場合</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 6の2】 II 801～802 ・入院申込受付簿 ・要介護度の分布がわかる資料</p>
<p>3 サービス提供困難時の対応 (1) 患者の症状等を勘案し、自ら必要なサービスを提供することが困難な場合は、適切な病院又は診療所等を紹介する等の適切な措置を講じているか。</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 6の3】 II 802 ・診療情報提供書</p>
<p>4 受給資格等の確認 (1) サービス提供を求められた場合、以下の要件を被保険者証によって確認しているか。 【 ①被保険者資格 ②要介護（支援）認定等の有無 ③要介護（支援）認定等の有効期間 (2) 確認した後は、利用者へ被保険者証を返却しているか。 (サービス事業者が被保険者証を取り込んでいないか。) (3) 認定審査会意見が記載されている場合は、それに配慮したサービスを提供するよう努めているか。 (4) 要支援者が入院している場合には、新法施行日現在要介護者であって、当該要介護認定の残存有効期間内に要支援認定を受けた者であるか。</p>	<p>適 否 適 否 適 否 適 否</p>	<p>【基準省令 § 7】 II 802 【老企45号・4・3(1)】 【法附則 § 11】</p>

確認事項	適	否 根拠・確認書類
<p>5 要介護（支援）認定の申請に係る援助</p> <p>(1) 要介護（支援）認定を受けていない場合は、説明を行い、必要な援助を行っているか。 ※「必要な援助」とは、すでに申請が行われているかどうか確認し、申請をしていない場合は利用申込者の意向を踏まえて代行申請を行うか、申請を促すこと。</p> <p>(2) 更新の申請は、有効期間の終了する60日前から遅くとも30日前にはなされるよう必要に応じて援助を行っているか。</p>	<p>適</p> <p>適</p>	<p>【基準省令 § 8】 II 802～803</p> <p>【老企45号・4・4(2)】</p>
<p>6 入退院</p> <p>(1) 入院対象に適した者であるか。</p> <p>(2) 入院に際しては、患者の心身の状況、病歴、生活歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握するよう努めているか。</p> <p>(3) 医師は、入院の必要がないと判断した場合に、患者に対し適切に退院を指示しているか。</p> <p>(4) 退院に際しては、患者とその家族に対し、適切な指導を行っているか。</p> <p>(5) 退院後の主治医や居宅介護支援事業者その他サービスを提供する者に対して適切な情報提供を行っているか。</p>	<p>適</p> <p>適</p> <p>適</p> <p>適</p> <p>適</p>	<p>【基準省令 § 9】 II 803</p>
<p>7 サービスの提供の記録</p> <p>(1) 入退院の記録を被保険者証に記載しているか。 【記載事項】 ①入院年月日 ②介護療養型医療施設・〇〇病院（〇〇診療所） ③退院年月日</p> <p>(2) 指定介護療養施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容を記録しているか。</p>	<p>適</p> <p>適</p>	<p>【基準省令 § 10】 II 804</p> <p>【老企45号・4・6】</p>
<p>8 利用料等の受領</p> <p>[法定代理受領サービスに該当する場合]</p> <p>(1) 1割相当額の支払いを受けているか。</p> <p>[法定代理受領サービスに該当しない場合]</p> <p>(1) 10割相当額の支払いを受けているか。</p> <p>(2) 基準額との間に不合理な差額が生じていないか。</p>	<p>適</p> <p>適</p>	<p>【基準省令 § 12】 II 804～806 ・領収証控</p> <p>・領収証控</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>[その他の費用の支払いを受けている場合]</p>		
<p>(1) 食費と居住費に要する額の支払いを受けているか。</p> <p>【食 費】 ・個室、多床室ともに食材料費＋調理費相当額</p> <p>【居住費】 ・個 室（従来型個室等）… 室料＋光熱水費相当額 ・多床室 … 光熱水費相当額</p>	適 否	・領収証控
<p>(2) 「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中で、支払いを受けることができないもの（保険給付の対象となっているサービス）はないか。</p>	適 否	【老企54号・記2①】 Ⅱ 23
<p>(3) 「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中で、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けていないか。</p>	適 否	【老企54号・記2②】 Ⅱ 23
<p>(4) 「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で行われているか。 (積算根拠は明確にされているか。)</p>	適 否	【老企54号・記2④】 Ⅱ 23
<p>(5) 「預り金の出納管理に係る費用」の支払いを受ける場合は、厚労省通知の要件を満たしているか。</p> <p>①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か。 ②適切な管理がさ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か。 ③入院患者との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳等、必要な書類を備えているか。 ④入院患者から出納管理に係る費用を徴収する場合にあっては、その積算根拠を明確にし、適切な額を定めることとしているか（預り金の額に対し、月当たり一定割合とするような取扱いは認められない）。</p>	適 否	【老企54号・別紙 (7)③】 Ⅱ 24
<p>(6) (1)から(5)までの支払いを受ける場合には、その内容及び費用について、あらかじめ利用者又はその家族に対して説明を行い、同意を得ているか。</p>	適 否	【老企54号・記2③】 Ⅱ 23
<p>(7) 上記の同意は、文書に利用者等の署名を受けることにより行っているか。</p>	適 否	【老振75号(老健122号)・記1】Ⅱ 26・27
<p>(8) 「その他日常生活費」とは区分される費用についても同様の取扱いとしているか。</p>	適 否	【老企54号・記1】 Ⅱ 22
<p>(9) 利用料等の支払いを受けた都度、領収証を交付しているか。</p>	適 否	【法 § 48⑦】
<p>(10) 「預り金」による精算を実施している場合についても、同様の領収証及び出納の内訳を示す文書を交付しているか。</p>	適 否	
<p>(11) 課税の対象外に消費税を賦課していないか。</p>	適 否	
<p>(12) 領収証については、保険給付に係る1割負担部分と保険給付対象外のサービス部分（個別の費用ごとに明記したもの）に区分したものを利用者に対して発行しているか。</p>	適 否	【法施行規則 § 65】 ・領収証控
<p>9 保険給付の請求のための証明書の交付</p>		【基準省令 § 13】
<p>[法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した場合]</p>		Ⅱ 806
<p>(1) サービスの内容、費用の額等を記したサービス提供証明書を交付しているか。</p>	適 否	

確認事項	適否	根拠・確認書類
<p>10 指定介護療養施設サービスの取扱方針</p> <p>(1) 入院患者の療養を妥当適切に行っているか。</p> <p>(2) 施設サービス計画に基づいて実施され、漫然かつ画一的なものとならないように配慮されているか。</p> <p>(3) 療養上必要な事項について、患者又は家族に対し、理解しやすいように指導又は説明を工夫して行っているか。</p> <p>(4) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、主治医は、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記録しているか。</p> <p>(5) 入院患者又は他の入院患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院患者の行動を制限する行為を行っていないか。</p> <p>☆身体的拘束の対象となる具体的行為</p> <p>① 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。</p> <p>② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 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。</p> <p>⑥ 車いすやいすから落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。</p> <p>⑦ 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。</p> <p>⑧ 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。</p> <p>⑨ 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。</p> <p>⑩ 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。</p> <p>⑪ 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 14】 II 806～807</p> <p>・身体拘束に関する記録 ・診療録 ・説明書・経過観察記録</p> <p>【基準省令 § 14】 II 806～807</p>
<p>11 施設サービス計画作成</p> <p>(1) 施設サービス計画の作成に関する業務を介護支援専門員が行っているか。</p> <p>(2) 施設サービス計画の作成にあたっては、医師、PT、OT、薬剤師、栄養士など他の従業者と十分内容を検討しているか。</p> <p>(3) 施設サービス計画の作成にあたっては、入院患者及びその家族に面接して、入院患者が現に抱えている問題点や解決すべき課題を把握しているか。</p> <p>(4) 解決すべき課題、医師の治療の方針に基づき、他の従業者と協議し、施設サービス計画の原案を作成しているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 15】 II 807～810</p> <p>・施設サービス計画書 ・協議の記録</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
(5) 施設サービス計画の原案には、下記の内容が記載されているか。 ①サービスの目標及びその達成時期 ②サービスの内容 ③サービスを提供する上で留意すべき事項	適 否	【老企45号・4・11(5)】
(6) 施設サービス計画の原案を入院患者に説明し、文書により同意を得ているか。	適 否	
(7) 作成された施設サービス計画を入院患者に交付しているか。	適 否	
(8) 施設サービス計画作成後の実施状況を適宜把握しているか。	適 否	
(9) 必要に応じて施設サービス計画の変更（評価）を行っているか。	適 否	
12 機能訓練 必要に応じ理学療法、作業療法等適切なリハビリテーションを計画的に行っているか。（寝かせきりにしていないか。）	適 否	【基準省令 § 17】 H 812
13 看護及び医学的管理の下における介護		・生活機能回復訓練に関する計画書 【基準省令 § 18】
(1) 入浴は、1週間に2回以上適切な方法により実施しているか。（入浴日が祝祭日及び行事等に当たった場合、代替日を設けているか。）また、入浴が困難な場合は清拭を実施するなど入院患者の清潔保持に努めているか。	適 否	H 812～813 ・経過記録
(2) 排泄の自立についてトイレ誘導や排泄介助等必要な援助を行っているか。	適 否	
(3) 入院患者に適したおむつを提供しているか。	適 否	
(4) おむつ交換は入院患者の排泄状況を踏まえて実施しているか。	適 否	
(5) 特に夜間においては十分配慮されているか。	適 否	
(6) おむつ交換時には、衝立、カーテン等を活用するなど入院患者の心情に配慮しているか。	適 否	
(7) おむつ交換時は、体位変換、換気、消臭に配慮し、汚物は速やかに処理しているか。	適 否	
(8) おむつ使用者に対するおむつ外しのため、尿意、便意を考慮しポータブルトイレなどを活用しているか。	適 否	
(9) 褥瘡が発生しないような適切な介護と発生予防のための体制整備を行っているか。 (例) ・褥瘡ハイリスク患者に対し、褥瘡予防のための計画作成、実践、評価を行っている ・専任の施設内褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい）を決めている ・医師、看護職員、介護職員、栄養士等で構成する褥瘡対策チームを設置している	適 否	【老企45号・4・14(3)】
(10) 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。	適 否	

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>14 食事の提供</p>		<p>【老企45号・4・15】 II 813～814</p>
<p>(1) 個々の入院患者の栄養状態に応じて摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うように努めるとともに、入院患者の栄養状態並びに身体の状態、病状及び嗜好を定期的に把握し、計画的な食事の提供を行っているか。また、入院患者ができるだけ離床して食事を摂れるよう努めているか。</p>	適 否	<p>・喫食調査結果</p>
<p>(2) 夕食は午後5時以降に提供されているか。（午後6時以降とすることが望ましい。）</p>	適 否	<p>・委託契約書</p>
<p>(3) 業務の委託を行っている場合は、管理者が業務上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事の質が確保されているか。</p>	適 否	
<p>☆医療機関が自ら実施すべき業務</p>		
<p>①栄養管理（給食委員会の運営、献立表作成基準の作成、献立表の確認、食数の注文・管理、食事箋の管理、嗜好調査等の企画・実施、検食の実施・評価など） ②調理管理（作業仕様書の確認、管理点検記録の確認など） ③材料管理（食材の点検、食材の使用状況の確認） ④施設等管理（調理加工施設の設置・改修、使用食器の確認） ⑤業務管理（業務分担・従業者配置表の確認） ⑥衛生管理（衛生面の遵守事項の作成、衛生管理簿の点検・確認、緊急対応を要する場合の指示） ⑦労働衛生管理（健康診断実施状況等の確認）</p>		<p>・医療監視結果</p>
<p>(4) 保健所から指摘された事項について十分改善がされているか。 ・食事サービス従業者に対する管理 ・食品に対する管理 ・食品庫、冷蔵庫、消毒槽、汚水汚物及び妨蠅、妨鼠など施設、設備、環境に対する管理</p>	適 否	<p>・給食会議議事録</p>
<p>(5) 入院患者に対して適切な食事栄養相談を行っているか。</p>	適 否	
<p>(6) 食事の内容については、医師又は栄養士を含む給食会議において検討を加えられているか。</p>	適 否	<p>【基準省令 § 20】 II 814</p>
<p>15 その他のサービスの提供</p>		<p>・事業計画(報告)書</p>
<p>(1) レクリエーション行事を行うよう努めているか。</p>	適 否	
<p>(2) 入院患者の家族との連携、入院患者とその家族との交流等の確保（会報の送付、行事参加の呼びかけ等）に努めているか。</p>	適 否	<p>【基準省令 § 21】 II 814</p>
<p>16 患者に関する市町村への通知</p>		
<p>(1) 患者が次のいずれかに該当する場合に、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しているか。</p>	適 否	
<p>①サービスの利用の必要がなくなっても退院しない。</p>		
<p>②正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わず、要介護状態の程度を増進させた。</p>		
<p>③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。</p>		
<p>17 管理者による管理、管理者の責務</p>		<p>【基準省令 § 22-23】 II 815</p>
<p>管理者は従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p>	適 否	<p>・組織図</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>18 計画担当介護支援専門員の責務</p> <p>(1) 患者の入院に際し、居宅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、指定居宅サービス等の利用状況を把握しているか。</p> <p>(2) 患者の退院に際し、居宅介護支援事業者に対して情報提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携しているか。</p> <p>(3) 苦情の内容等を記録しているか。</p> <p>(4) 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 23の2】 II 815</p>
<p>19 運営規程</p> <p>(1) 運営規程は、実際に行っているサービスの内容と合致しているか。</p> <p>①事業の目的及び運営の方針</p> <p>②従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p>③入院患者の定員</p> <p>④入院患者に対する指定介護療養サービスの内容及び利用料その他の費用の額</p> <p>⑤施設利用に当たっての留意事項</p> <p>⑥非常災害対策</p> <p>⑦その他施設の運営に関する重要事項</p> <p style="margin-left: 40px;">【その他の施設の運営に関する重要事項】 当該入院患者又は他の入院患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。</p>	<p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 24】 II 816</p> <p>【老企45号-4-20(3)】</p>
<p>20 勤務体制の確保等</p> <p>(1) 勤務体制が勤務表（原則として月ごと）により明確にされているか。（勤務計画が病棟ごとに作成されているか。）</p> <p>【三交代制の場合】（申し送り時間）</p> <p style="margin-left: 20px;">： ～ ： （ ： ～ ： ）</p> <p style="margin-left: 20px;">： ～ ： （ ： ～ ： ）</p> <p style="margin-left: 20px;">： ～ ： （ ： ～ ： ）</p> <p>【二交代制の場合】（申し送り時間）</p> <p style="margin-left: 20px;">： ～ ： （ ： ～ ： ）</p> <p style="margin-left: 20px;">： ～ ： （ ： ～ ： ）</p> <p>(2) 当該施設の従業者によってサービスの提供が行われているか。（調理、洗濯、清掃等業務委託を行っている場合、その内容は適切か。）</p> <p>(3) 従業者の資質向上のため、各種研修会に参加させているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 25】 II 816</p> <p>・勤務計画表</p> <p>・研修計画</p>
<p>21 定員の遵守</p> <p>(1) 入院患者の定員及び病室の定員を超えて入院させていないか。</p> <p>(2) 定員を超えている場合、災害その他のやむを得ない事情があるか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 26】 II 817</p>

確認事項	適	否	根拠・確認書類
<p>22 非常災害対策</p> <p>(1) 消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しているか。</p> <p>(2) 消防計画を届け出ているか。</p> <p>(3) 消防法等に基づいて、定期的に消火訓練・避難訓練を行っているか。</p> <p>(4) 消防計画の樹立及び消防業務の実施は、防火管理者が行っているか。 〔甲種防火管理者＝延べ面積300㎡以上〕 〔乙種防火管理者＝延べ面積300㎡未満〕</p> <p>(5) 火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報できる体制をとっているか。また、このことを従業員に周知しているか。</p>	適 適 適 適 適	否 否 否 否 否	<p>【基準省令 § 27】 II 817 ・消防計画 ・訓練記録</p>
<p>23 衛生管理等</p> <p>(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水の衛生管理をしているか。</p> <p>(2) 医薬品、医療用具は清潔な状態に保たれ、かつ、保守管理が十分に行われているか。</p> <p>(3) 感染症、食中毒が発生・まん延しないよう必要な措置を講じているか。 ・医療監視により保健所から指導された事項に対する改善状況は適切か。 ・保健所主催の研修会へ出席しているか。 ・感染対策委員会を3ヶ月に1回以上開催し、その結果を従業員に周知徹底しているか。 ・感染症、食中毒の予防・まん延防止のための指針を整備しているか。 ・介護職員その他の従業者に対し、感染症、食中毒の予防・まん延防止のための研修会を定期的実施しているか。</p> <p>(4) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。 （施設内の温度設定はどの程度を目安にしているか。）</p>	適 適 適 適 適 適 適 適	否 否 否 否 否 否 否 否	<p>【基準省令 § 28】 II 818～820 ・受水槽の清掃記録 ・医薬品等の管理簿 ・衛生マニュアル ・定期消毒の記録等 ・食中毒防止等の記録</p> <p>【老企45号・2・23(2)】</p>
<p>24 協力歯科医療機関</p> <p>(1) あらかじめ協力歯科医療機関を定めているか。また、定めるよう努めているか。</p>	適	否	<p>【基準省令 § 28の2】 II 820</p>
<p>25 掲示</p> <p>(1) 重要事項の掲示方法は適切か。（場所、文字の大きさ等）</p> <p>(2) 掲示事項はすべて掲示されているか。 ①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③苦情に対する措置の概要 ④利用料 ⑤入所者が選定する特別な食事の提供を行う場合は以下のもの ・入所者が選定する特別な食事が提供できること ・入所者が選定する特別な食事の内容及び料金</p> <p>(3) 掲示事項の内容、実際に行っているサービス内容、届け出ている内容が一致しているか。</p>	適 適 適	否 否 否	<p>【基準省令 § 29】 II 820</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>26 秘密保持等</p> <p>(1) 利用者の個人記録の保管方法は適切か。</p> <p>(2) 秘密保持のため、必要な措置を講じているか。(例えば、就業規則に盛り込むなど雇用時の取り決め等を行っているか。)</p> <p>(3) 退院時に居宅介護支援事業者等に対して個人情報を用いる場合は、あらかじめ入院患者（又は家族）から文書による同意を得ているか。</p> <p>(4) 同意内容以外の事項まで情報提供していないか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 30】</p> <p>Ⅱ 820～821</p> <p>・就業時の取り決め等の記録</p> <p>・利用者の同意書</p>
<p>27 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止</p> <p>(1) 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。</p> <p>(2) 居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退院患者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していないか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 31】</p> <p>Ⅱ 821</p>
<p>28 苦情処理</p> <p>(1) 苦情を処理する窓口を設けているか。</p> <p>(2) 苦情処理の体制、手続きが定められているか。</p> <p>(3) 苦情に対して速やかに対応しているか。また、利用者に対する説明は適切か。</p> <p>(4) 市町村が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合に改善を行っているか。また、改善の内容を市町村に報告しているか。</p> <p>(5) 国保連が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合に改善を行っているか。また、改善の内容を国保連に報告しているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 32】</p> <p>Ⅱ 821～822</p> <p>・苦情記録</p> <p>・苦情処理マニュアル</p>
<p>29 地域との連携等</p> <p>(1) 地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど地域との交流に努めているか。</p> <p>(2) 介護相談員を積極的に受け入れる等、市町村との密接な連携に努めているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 33】</p> <p>Ⅱ 822</p>
<p>30 事故発生の防止・発生時の対応</p> <p>(1) 介護事故の発生・再発を防止するため、必要な措置を講じているか。</p> <p>・事故発生時の対応や事故発生防止のための指針が整備されているか。</p> <p>・事故発生時や発生に至る危険性がある事態が生じた場合の報告分析と、改善策を従業員に周知徹底する体制が図られているか。</p> <p>・事故防止検討委員会の開催と、従業者に対する研修が行われているか。</p> <p>(2) 事故発生時の連絡体制が整えられているか。 (市町村、県、家族、支援事業者等に対して)</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【基準省令 § 34】</p> <p>Ⅱ 822～823</p> <p>・連絡体制図</p> <p>・事故記録</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
(3) 事故が発生した場合、事故の状況及び処置について記録しているか。	適 否	
(4) 賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行っているか。	適 否	・損害保険証書等
31 会計の区分		【基準省令 § 35】
(1) 厚生労働省通知に基づき、医療保険の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	適 否	II 824
(2) 介護保険事業について、サービスごとに経理を区分しているか。	適 否	・病院会計準則
32 記録の整備		【基準省令 § 36】
(1) 利用者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存しているか。 (ただし、診療録は5年間)	適 否	II 824～825
(2) 次に掲げる書類を完結の日から2年間保存しているか。	適 否	
① 施設サービス計画		
② 基準第10条第2項に規定する提供した具体的なサービス内容等の記録		
③ 基準第14条第5項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録		
④ 基準第21条に規定する市町村への通知に係る記録		
⑤ 基準第32条第2項に規定する苦情の内容等の記録		
⑥ 基準第34条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置に記録		
33 変更の届出		【法 § 110】
変更の届出が必要な事項については、適切に届け出されているか。	適 否	

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>第5 介護給付費の算定及び取扱い</p> <p>1 基本的事項</p> <p>(1) 介護給付費の算定に当たっては、介護療養型施設サービス費に係る所定の単位数表により適正に算定しているか。 (介護給付費明細書における算定誤り、端数処理の誤りなど)</p> <p>(2) 介護給付費の算定に係る体制等の届出において、届け出していない事項について加算等を算定していないか。</p> <p>(3) 人員基準に定められた人員を配置していない場合、自主的に所定単位数表によって減算算定を行っているか。</p> <p>(4) 患者数が、運営規程に定められた入院定員を超えた場合、自主的に減算措置を講じているか。</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【告示21号】 I 582</p> <p>【告示27号・13】 II 1139～1143</p>

確認事項	適否	根拠・確認書類
<p>第6 施設給付等の見直し(平成17年10月1日施行)</p>		
<p>1 居住費・食費 利用者と施設の契約に関する「ガイドライン」に沿って、適正な契約が行われているか。 (1) 利用者又はその家族に対する文書による事前の説明が十分に なされているか。 (2) 利用者の文書による同意がなされているか。 (3) 利用者との契約は適正になされているか。 (4) 居住費・食費の具体的内容、金額の設定・変更等に関する運 営規程への記載や施設内等への掲示がなされているか。 (5) 居住費は居住環境に応じて適正に設定されているか。 (6) 居住費の設定に当たっては、施設の建設費用（修繕・維持管 理費用等を含み、公的助成の有無も勘案）が勘案されているか。 また、近隣の類似施設の平均的水準とかけ離れていないか。 (7) 食費の設定に当たっては、「食材料費」＋「調理費」相当とし て適切に設定されているか。 (8) 居住費・食費が「特別な室料」と「特別な食費」に明確に区 分されているか。</p>	<p>適 否 適 否 適 否 適 否 適 否 適 否 適 否</p>	<p>【告示419号】 II 16・17</p>
<p>2 従来型個室の経過措置 「従来型個室」については、従来の実態等を勘案して経過措置が 適正に講じられているか。 (1) 既入院者への経過措置適用に関し対象者の範囲は適正か。 <対象者の範囲> ・従来型個室の既入院者のうち、過去1月間（従来型個室に入 院している期間が1月に満たない時は、当該入院期間）にわ たり、特別な室料を支払っていない者 (2) 新規入院患者への経過措置適用に関し対象者の範囲は適正か。 <対象者の範囲> ①感染症や治療上の必要等、一定期間（30日以内）従来型個室 への入院が必要である者〔医師の判断が必要〕 ②居住する居室の床面積が6.4㎡以下である者 ③著しい精神症状等により、多床室では同室者の心身の状況に 重大な影響を及ぼす恐れが高く、個室以外での対応が不可能 である者〔医師の判断が必要〕 (3) 経過措置を講じた場合の利用者負担等は適正になされている か。 介護報酬：多床室と同額の報酬を適用、利用者負担：光熱水 費相当、特別な室料：支払を求められない</p>	<p>適 否 適 否 適 否</p>	<p>【告示21号別表3イ・ 注11】 【告示23号・48】 I 745 【告示21号別表3イ・ 注12】 I 746 【告示26号・57】</p>
<p>3 補足給付 (1) 利用者負担第1段階から第3段階に属する入院患者について、 「負担限度額認定証」の提示を受け確認を行っているか。 (2) 利用者負担第1段階から第3段階に属する入院患者について、 それぞれの負担限度額を超えて、居住費・食費を徴収していな いか。</p>	<p>適 否 適 否</p>	<p>【基準省令 § 12】 【老企45号・4・8(3)】 II 804～805 【告示411～414号】 I 566～571 II 1258～1268</p>

確 認 事 項	適 否	根拠・確認書類
<p>第7 短期入所療養介護に関する基準</p> <p>1. 運営に関する事項</p> <p>1 短期入所療養介護計画</p> <p>(1) 4日以上連続して利用する入所者について、短期入所療養介護計画が適切に作成されているか。</p> <p>2 運営規程</p> <p>(1) 運営規程が作成され、入所申込者への説明、掲示等などで適切に周知されているか。</p> <p>2. 介護給付費の算定及び取扱いに関する事項</p> <p>短期入所療養介護サービス</p> <p>【特定診療所療養病床短期入所療養介護費を算定している場合】</p> <p>(1) 難病等を有する中重度要介護者又はがん末期の利用者であつて、常時看護職員による観察が必要な者を対象とした算定を行っているか。(具体的な病名、症状の規定はない)</p>	<p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p> <p>適 否</p>	<p>【老企25号・3・9・2(2)】 II 261</p> <p>【基準省令 § 32・125・153】 II 254～255 266～267・270</p> <p>【告示23号・17】 【老企40号・2・3(7)】 I 322～323</p>

平成21年度 自己点検シート

(介護報酬編)

(介護療養型医療施設)

事業所番号： 33

事業所名：

点検年月日：平成 年 月 日()

点検担当者：

303 介護療養施設サービス

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 届番号
療養病床を有する病院における介護療養施設サービス					
	夜勤減算	利用者の合計数が30又はその端数を増す毎に1以上(ただし2人以上) 夜勤を行う看護職員の数が1以上 看護又は介護職員の1人当たり月平均夜勤時間64時間以下 ユニット型・・・2ユニットごとに看護又は介護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	勤務表等 " " " "	青P722 青P722 青P722 青P722
	ユニットケア減算	日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置 ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/> 未配置 <input type="checkbox"/> 未配置	" "	青P721 青P721
	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	<input type="checkbox"/> 未整備		青P739
	病院療養病床療養環境減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)以上	<input type="checkbox"/> 満たす	建物の見取り図等	青P739
	夜間勤務等看護加算Ⅰ	看護職員が15:1、2人以上配置 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	勤務表等 "	青P722 青P722
	夜間勤務等看護加算Ⅱ	看護職員が20:1、2人以上配置 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	" "	青P722 青P722
	夜間勤務等看護加算Ⅲ	看護・介護職員が15:1、2人以上配置 看護職員が1名以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	" "	青P722 青P722
	夜間勤務等看護加算Ⅳ	月平均夜勤時間72時間以下 看護・介護職員が20:1、2人以上配置 看護職員が1名以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	" " "	青P722 青P722 青P722
	若年性認知症患者受入加算	若年性認知症患者ごとに個別に担当者を決める 利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 定めている <input type="checkbox"/> 実施		青P740 青P741

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 解類p.
	外泊時費用	外泊をした場合(ただし外泊の初日及び最終日は除く) 短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> 6日以下/月 <input type="checkbox"/> なし	診療録等	青P742 青P742
	試行的退院サービス	退院が見込まれる者が試行的に退院した場合(1月の算定日) 初日、最終日及び外泊加算を算定していない 医師、薬剤師(配置される場合に限る)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により居室において療養を継続する可能性があるかの検討をしている 入院患者又は家族に趣旨を説明し、同意を得ている 従業者又は居室サービス事業者等との連絡調整をした上で介護支援専門員が試行的退院サービスに係る計画を作成している 試行的退院サービス期間中、計画に基づき適切な居室サービスを提供している 試行的退院サービス期間中ベッドを活用している場合、利用者からの同意がある 居室に退院できない場合、療養できない理由等を分析し問題解決に向けた施設サービス計画の変更の支援をしている	<input type="checkbox"/> 6日以内 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	診療録等	青P742 青P742 青P743 青P743 青P743 青P743 青P743 青P743
	他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合 1月の算定日 他医療機関が特別の関係にない	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 4日以内/月 <input type="checkbox"/> 満たす		青P744 青P744 青P744
	初期加算	入院した日から起算して30日以内の算定 算定期間中の外泊 過去3月以内の当該施設への入院(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> 30日以内 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし		青P746 青P747 青P747
	退院前後訪問指導加算	入院期間が1月を超える(見込みを含む)者が居室で療養を継続する場合 退院後生活する居室を訪問し、入院患者及び家族等に対し療養上の指導を実施(2回を限度) 2回算定の場合、1回目の訪問指導は退院を念頭にいた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定を目的 2回算定の場合、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的 退院後30日以内に居室を訪問し、入院患者及び家族等に対し療養上の指導を実施 退院の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行う 入所者及びその家族のいずれにも行う 指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	診療録等	青P748 青P748 青P749 青P749 青P748 青P749 青P749 青P749 青P749

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算入
	退院時指導加算	入院期間が1月を超える者 退院時に入院患者及び家族等に対し退院後の療養上の指導を実施 退院の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死 亡ではない 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養 士、介護支援専門員等が協力して行う 入所者及びその家族のいずれにも行う 指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P748 青P748 青P749 青P749 青P749 青P749
	退院時情報提供加算	入院期間が1月を超える者 本人の同意を得て主治の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて 紹介を行う 退院の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死 亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 満たす	診療状況を示す文書(様式あり) 青本p688別紙様式2	青P750 青P750 青P751
	退院前連携加算	入院期間が1月を超える者 退院に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介 護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利 用に関する調整を実施 退院の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死 亡ではない 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養 士、介護支援専門員等が協力して行う 連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	指導記録等	青P751 青P751 青P751 青P751 青P751
	老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護が必要であると認めた場合 本人の同意を得て訪問看護の指示書を交付 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに交付 指示書の写しの診療録添付の有無	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> あり	訪問看護指示書(様式あり) 診療録等	青P750 青P750 青P751 青P751
	栄養マネジメント加算	施設に常勤栄養士1名以上配置 定員、人員基準(看護師比率に係る部分等を除く)に適合 医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成 入院患者又は家族等に計画を説明し、同意を得る 入所者ことこの栄養ケア計画に従い栄養管理及び栄養状態を定期的に記 録 計画の進捗状況を定期的に評価、見直し " (リスク低) 栄養状態の把握(体重測定等) 栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2週間毎に実施 <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 <input type="checkbox"/> 1回/月実施 <input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケア計画(参考様式) 栄養ケア提供経過記録 (参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式)	青P752 青P752 青P752 青P752 青P752 青P753 青P753 青P753 青P753

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算入
	経口移行加算	<p>定員、人員基準(看護師比率に係る部分等を除く)に適合 経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けて いる</p> <p>誤嚥性肺炎防止のためのチェック(青p755②イ～ニを確認) 医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成 計画を入院患者又は家族に説明し、同意を得る 計画に基づき栄養管理の実施 入所者又は家族の同意を得た日から起算して180日以内 180日を超える場合の医師の指示の有無 180日を超えて算定する場合の定期的(概ね2週間毎)な医師の指示</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受けている		青P754 青P755 青P755 青P754 青P755 青P754 青P754 青P754 青P755
	経口維持加算	<p>定員、人員基準(看護師比率に係る部分等を除く)に適合 著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査 による。)経口による食事摂取のための管理が必要と医師の指示を受 けている</p> <p>誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無 医師、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成 計画を入院患者又は家族に説明し、同意を得る 計画に基づき栄養管理の実施 入所者又は家族の同意を得た日から起算して180日以内 180日を超える場合の医師の指示及び入所者の同意の有無 180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示 経口移行加算、経口維持加算IIを算定していない</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受けている	青P756 青P756 青P756 青P757 青P756 青P756 青P757 青P756 青P757 青P756	

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算入
	在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者総数のうち在宅で介護を受け ることとなった者(入院期間1月超)の割合が3割超 退院日から30日以内に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者 から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月以上継続するこ との確認、記録の実施 入院患者の家族との連絡調整の実施 入院患者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、 退所後の利用サービス調整の実施 算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	介護状況を示す文書	青P760 青P760 青P760 青P760 青P761
	認知症専門ケア加算(Ⅰ) (Ⅱ)	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症患者の対象者(日常生 活自立度のランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上 専門的な研修修了者を、対象者が20人未満の場合は1人以上、対 象者が20人以上の場合は当該対象者が19名を超えて10増すこ とに条件にあった人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケ アの実施 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施 専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知 症ケアの指導等を実施 介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修 の実施	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	診療録等 勤務表等	青P762 青P762
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施 専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知 症ケアの指導等を実施 介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修 の実施	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	勤務表等 勤務表等 勤務表等	青P762 青P762 青P762
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が5割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P764 青P765 青P764
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P764 青P765 青P764
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士として勤務を行う職 員のうち勤続年数3年以上の職員の数が3割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P764 青P765 青P764

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算入
	療養病床を有する診療所における介護療養施設サービス				
	ユニットケア減算	日中常時1名以上の介護又は看護職員配置 ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未配置 <input type="checkbox"/> 未配置 <input type="checkbox"/> 未整備	勤務表等 "	青P721 青P721 青P770
	診療所療養病床設備基準減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)以上	<input type="checkbox"/> 満たす	建物の見取り図等	青P771
	若年性認知症患者受入加算	若年性認知症患者ごとに個別に担当者を定める 利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 定めている <input type="checkbox"/> 実施		青P770 青P771
	外泊費用	外泊をした場合(ただし外泊の初日及び最終日は除く) 短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> 6日以下/月 <input type="checkbox"/> なし		青P772 青P772
	他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合 1月の算定日 他医療機関が特別の関係にない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 4日以内/月 <input type="checkbox"/> ない		青P773 青P773 青P773
	初期加算	入院した日から起算して30日以内の算定 算定期間中の外泊 過去3月以内の当該施設への入院(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴ の場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> 30日以内 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし		青P775 青P775 青P775

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 届部
	老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護が必要であると認めた場合 本人の同意を得て訪問看護の指示書を交付 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに交付 指示書の写しの診療録添付の有無	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> あり	訪問看護指示書(様式あり) 診療録等	書P778 書P778 書P779 書P779
	栄養マネジメント加算	施設に常勤管理栄養士1名以上配置 定員、人員基準に適合 医師、管理栄養士、歯科医師等多職種協働で栄養ケア計画の作成 入院患者又は家族等に計画を説明し、同意を得る 入所者ごとの栄養管理計画に従い栄養管理及び栄養状態を定期的に記録 計画の進捗状況を定期的に評価、見直し " (リスク低) 栄養状態の把握(体重測定等) 栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2週間毎に実施 <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 <input type="checkbox"/> 1回/月実施 <input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケア計画(参考様式) 栄養ケア提供経過記録 (参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式)	書P780 書P780 書P780 書P780 書P780 書P780 書P780 書P780 書P781 書P781 書P781

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 届出
	在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者総数のうち在宅で介護を受け ることとなった者(入院期間1月超)の割合が3割超 退院日から30日以内に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者 から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月以上継続するこ との確認、記録の実施 入院患者の家族との連絡調整の実施 入院患者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、 退所後の利用サービス調整の実施 算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり		青P788 青P788 青P788 青P788 青P789
	認知症専門ケア加算(Ⅰ) (Ⅱ)	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症患者の対象者(日常生 活自立度のランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上 専門的な研修修了者を、対象者が20人未満の場合は1人以上、対 象者が20人以上の場合は当該対象者が19名を超えて10増すこ とに条件にあった人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケ アの実施 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施 専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知 症ケアの指導等を実施 介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修 の実施	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	診療録等 勤務表等	青P790 青P790
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施 専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知 症ケアの指導等を実施 介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修 の実施	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	勤務表等 勤務表等	青P790 青P790
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が5割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書 勤務表等	青P792 青P793 青P792 青P792
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等、介護報酬明細書 勤務表等	青P793 青P792 青P792
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士として勤務を行う職 員のうち勤続年数3年以上の職員の数が3割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書 勤務表等	青P792 青P793 青P792

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算入
	経口維持加算Ⅱ	<p>定員、人員基準（看護師比率に係る部分等を除く）に適合</p> <p>摂食機能障害を有し誤嚥が認められ（水飲みテスト等による。）経口による食事摂取のための管理が必要と医師の指示を受けている</p> <p>誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている</p> <p>食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無</p> <p>医師、管理栄養士、歯科医師等多職種協働で経口維持計画の作成</p> <p>計画を入院患者又は家族に説明し、同意を得る</p> <p>計画に基づく栄養管理の実施</p> <p>入所者又は家族の同意を得た日から起算して180日以内</p> <p>180日を超える場合の医師の指示及び入所者の同意の有無</p> <p>180日を超えて算定する場合の定期的（概ね2週間毎）な医師の指示</p> <p>経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 180日以内 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2週間毎に実施 <input type="checkbox"/> 算定していない		青P812 青P813 青P812 青P812 青P812 青P813 青P812 青P812 青P813 青P813 青P812
	口腔機能維持管理加算	<p>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に（口腔ケアにかかると）助言、指導を行う</p> <p>助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成</p> <p>口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている</p>	<input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	口腔ケア・マネジメント計画	青P814 青P814 青P814
	療養食加算	<p>管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施</p> <p>利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施</p> <p>定員、人員基準（看護師比率に係る部分等を除く）に適合</p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃腸病食、貧血食、辟瘟病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供</p> <p>療養食の献立表の作成の有無</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	療養食献立表	青P814 青P814 青P814 青P815 青P815

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の 算額
	在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者総数のうち在宅で介護を受け ることとなった者(入院期間1月超)の割合が3割超 退院日から30日以内に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者 から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月以上継続するこ との確認、記録の実施 入院患者の家族との連絡調整の実施 入院患者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、 退所後の利用サービス調整の実施 算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり		青P816 青P816 青P816 青P816 青P817
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が5割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P818 青P819 青P818
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P818 青P819 青P818
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士として勤務を行う職 員のうち勤続年数3年以上の職員の数が3割以上 上記割合について、直近3カ月の割合を毎月確認 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 該当	勤務表等 勤務表等、介護報酬明細書	青P818 青P819 青P818

平成21年度
自己点検シート

(介護報酬編)

(特定診療費)

事業所番号： 33

事業所名：

点検年月日： 平成 年 月 日()

点検担当者：

109 短期入所療養介護費・303 介護療養施設サービス・409 介護予防短期入所療養介護費

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の解釈
特定診療費				
感染対策指導管理	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備、体制が整備されている 院内感染防止対策委員会が月に1回程度定期的に開催されており、医師や看護師など関係職員が出席している 各病室に入り口に速乾式手洗い液（ウエルパス等）の消毒液が設置されている	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P822 青P843
褥瘡対策指導管理	褥瘡対策につき十分な体制が整備されている 入院患者のうち日常生活の自立度が低い者に限定されている 日常生活自立度ランクB以上に該当する患者につき褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施している	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P823 青P823 青P823
初期入院診療管理 (介護療養型医療施設のみ)	関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、文書により入院後2週間以内に説明を行い同意を得ている 入院に際して医師が必要な診察、検査を行い、診療方針を定めて文書で説明している 医師が病名等の説明を行う際には、患者又は家族等に文書を交付し、その写しが診療録に記載されている 算定は、入院中1回（診療方針に重要な変更があった場合にあっては2回）までとなっている	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P823 青P823 青P823 青P823
重度療養管理 (短期入所療養介護のみ対象)	要介護4又は5に該当し、常時頻回の喀痰吸引を実施している状態など利用者が重度療養管理を算定できる状態である 計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を実施している	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 実施		青P824 青P824
特定施設管理 (老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く)	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者以外に算定していない 個室又は2人部屋である	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P824 青P824
重症皮膚潰瘍管理指導 (老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く)	褥瘡対策指導管理の基準を満たしている 皮膚科又は形成外科のいずれかを標榜している病院又は診療所である 皮膚泌尿器科、皮膚科、形成外科のいずれかを担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っている 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械及び器具を具備している 重症皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を実施している	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 標榜 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施		青P826 青P826 青P826 青P826 青P826

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬 の解釈P
薬剤管理指導 (老人性認知症疾患療 養病棟において行われ るものを除く)	医療機関に常勤の薬剤師が2人以上配置されている 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行 うための専用施設を有し、常勤薬剤師が1人以上配置されている 患者ごとに適切な薬学的管理(副作用に関する状況の把握を合 む)を行い、薬剤師による服薬指導を行っている 算定は、週1回、月4回までとなっている 疼痛緩和のため特別な薬剤の投薬又は注射が行われる利用者に対 し、薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を実施している	<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施		青P844 青P844 青P826 青P826 青P826
医学情報提供(Ⅰ) (老人性認知症疾患療 養病棟において行われ るものを除く)	紹介は診療所→診療所もしくは病院→病院となっている	<input type="checkbox"/> 満たす		青P828
医学情報提供(Ⅱ) (老人性認知症疾患療 養病棟において行われ るものを除く)	紹介は診療所→病院もしくは病院→診療所となっている	<input type="checkbox"/> 満たす		青P828
医学情報提供 (Ⅰ)(Ⅱ)共通 (老人性認知症疾患療 養病棟において行われ るものを除く)	入院患者の同意を得ている 入院患者の診療状況を示す文書を添えて、患者又は紹介先の機関 に交付し、文書の写しを診療録に添付している	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P828 青P829
リハビリテーション通則	訓練の目標を設定し、定期的に評価を行っている 患者ごとのリハビリテーション実施計画を作成 患者の状態に係る定期的な記録の作成	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P831 青P831 青P831

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の解釈
理学療法(Ⅰ) (老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く)	専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士がそれぞれ1人以上勤務している (回復期リハ病棟におけるPTとの兼務は不可) 病院の場合100m以上、診療所の場合45m以上の専用施設を有している(機能訓練室を充てていても差し支えない) 理学療法1を行うにつき必要な器械及び器具を具備している 理学療法を個別に実施している 理学療法の算定は、患者1人につき1日合計3回(作業療法・言語聴覚療法と合わせて1日4回)までとなっている 入院日(利用開始日)から起算して4月を超えた期間において1月に11回以上行った理学療法については、70/100に減算している	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P845 青P845 青P845 青P830 青P830 青P830
理学療法(Ⅰ) 理学療法リハビリテーション計画加算 (短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介介のみ)	医師、看護師、理学療法士等の共同によりリハビリテーション計画を策定している 利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患治療のため入院(入所)した病院・診療所・介護保険施設を退院(退所)した日、又は要介護(要支援)認定を受けた日から初めて利用した月に限り算定している 算定は、1月に1回までとなっている(作業療法リハビリテーション計画加算を算定する場合を除く)	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P832 青P832 青P832
理学療法 日常動作訓練指導加算 (リハビリテーション管理指導) (短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介介のみ)	理学療法士等が病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上実施している 1月に1回を限度として算定(作業療法日常動作訓練指導加算を算定する場合は別) 加算の対象となる訓練及び指導を行った日は、理学療法を算定しない	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P832 青P832 青P832
理学療法(Ⅰ) リハビリテーション身体強化加算	専従する常勤理学療法士を2名以上配置したときのみ算定	<input type="checkbox"/> 満たす		青P832

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬 の解釈
作業療法 (老人性認知症疾患療養病棟において行われ るものを除く)	専任の常勤医師及び専従する常勤作業療法士がそれぞれ1人以上 勤務している 75㎡以上の専用施設を有している (機能訓練室を充てていても差し支えない) 作業療法を行うにつき必要な器械及び器具を具備している 作業療法を個別に実施している 算定は、患者1人につき1日合計3回(理学療法・言語聴覚療法 と合わせて1日4回)までとしている 入院日(利用開始日)から起算して4月を超えた期間において1 月に11回以上行った作業療法については、70/100に減算している	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P845 青P845 青P845 青P834 青P834 青P834
作業療法 作業療法リハビリテ ーション計画加算 ・介護・療養 ・短期入所療養 ・介護予防短期入所療養 ・介護のみ)	医師、看護師、作業療法士等の共同によりリハビリテーション計 画を策定している 利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患治療のた めに入院(入所)した病院・診療所・介護保険施設を退院(退 所)した日、又は要介護(要支援)認定を受けた日から初めて利 用した月に限り算定している 1月に1回を限度として算定(理学療法リハビリテーション計画 加算を算定する場合を除く)	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P836 青P836 青P836
作業療法 日常動作訓練指導加算 (リハビリテ ーション 管理指導) ・短期入所療養 ・介護・療養 ・介護予防短期入所療養 ・介護のみ)	作業療法士等が病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能 力若しくは社会的適応能力を図るための日常動作の訓練及び指導 を月2回以上実施している 1月に1回を限度として算定(理学療法日常動作訓練指導加算を 算定する場合を除く) 加算対象となる訓練及び指導を行った日は、作業療法の所定点数 を算定しない	<input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P836 青P836 青P836
作業療法 リハビリテ ーション 制強化加算	専従する常勤作業療法士を2名以上配置したときのみ算定	<input type="checkbox"/> 配置		青P836

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬の解釈
言語聴覚療法 (老人性認知症疾患患者 養病棟において行われ るものを除く)	専任の常勤医師が1名以上、専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務 している 遮音等に配慮した個別療法室(8㎡以上)を1室以上有している 言語聴覚療法を行うにつき必要な器械及び器具を具備している 言語聴覚療法を個別に実施している 算定は、患者1人につき1日合計3回(理学療法・作業療法と合 わせて1日4回)まで 入院日(利用開始日)から起算して4月を超えた期間において1 月に11回以上行った言語聴覚療法については、70/100に減算して いる	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P846 青P846 青P846 青P838 青P838 青P838
言語聴覚療法 リハビリテーションシ ン 強化加算	専任する常勤の言語聴覚士を2名以上配置したときのみ算定して いる	<input type="checkbox"/> 配置		青P838
集団コミュニケーション 療法	専任の常勤医師が1名以上、専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務 している 言語聴覚機能に障害を持つ複数の患者に対して、集団で言語機能 又は聴覚機能に係る訓練を行っている 患者一人一人に対応出来る人数で行っている 集団コミュニケーション療法室(8㎡以上)を1室以上有している 集団コミュニケーション療法を行うにつき必要な器械および器具 を具備している 1人につき1日3回を限度として算定	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P846 青P839 青P839 青P846 青P846 青P838
摂食機能療法 (老人性認知症疾患患者 養病棟において行われ るものを除く)	入院患者であって摂食機能障害がある者に対して実施したときの み算定している 摂食機能療法は患者1人につき1日1回30分以上実施し、かつ、 1月に4回までの算定としている	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P840 青P840

点検項目	点検事項	点検結果	確認書類	介護報酬 の解釈P
短期集中リハビリテーション (介護療養型医療施設 (老人性認知症疾患療 養病棟において行われ るものを除く)のみ)	医師又は医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、入院日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法・作業療法・言語聴覚療法を行っている リハビリテーションを、1週につき概ね3日以上実施している 理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P840 青P841 青P840
認知症短期集中リハビリテーション	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医師が判断している 医師又は医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、入院日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っている リハビリテーションを、1週につき3日実施している 1人の医師又は理学療法士等が一人の利用者に対して20分以上行った場合にのみ算定	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 満たす		青P840 青P840 青P841 青P841
精神科作業療法	専従の作業療法士が1名以上いるか 患者数は、作業療法士1人に対して、1日75人を標準としているか 作業療法士1人に対して、75㎡を基準とする専用の施設を有しているか	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす		青P846 青P846 青P846
認知症老人入院精神療法	1週間につき算定しているか	<input type="checkbox"/> 満たす		青P842