

介護老人保健施設 運営指導事前提出資料

事業者名(法人名) : _____
事業者(法人)代表者職・氏名 : _____
施設名 : _____
(住所) : _____
担当者職・氏名 : _____ (連絡先 TEL _____)
監査対応(立会)職員 職・氏名 : _____

運営指導(指導監査)年月日 : 令和 年 月 日

- ・提出資料
- ① 自己点検表
 - ② 勤務実績表
 - ③ 加算等一覧、自己点検表(加算等)
 - ④ 状況報告書((介護予防)短期入所療養介護と共通)
 - ⑤ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
 - ⑥ 組織図 (職・氏名が入っているもの)
 - ⑦ 平面図(上記⑤に平面図が含まれている場合は省略可)
 - ⑧ 運営規程
 - ⑨ サービス契約書、重要事項説明書
- ・準備資料 自己点検表中の「参照」欄の書類等を運営指導当日ご準備ください。

● 本資料中の法令、通知等の略称は次のとおり。〔介護老人保健施設〕

高齢者虐待防止法	平成17年11月9日法律第124号「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」
基準省令	平成11年3月31日厚生省令第40号「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」
解釈通知	平成12年3月17日老企第44号「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」
条例	平成24年12月21日条例第91号「新潟市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例」
福祉士法	昭和62年5月26日法律第30号「社会福祉士及び介護福祉士法」
福祉士法規則	昭和62年12月15日厚生省令第49号「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則」
喀痰要綱	平成24年2月6日「新潟県喀痰吸引等業務の登録申請等に関する要綱」

自己点検表（介護老人保健施設）

リストから選択してください。

施設名称		分類	
記入者職氏名		点検年月日	

太枠で囲っている点検事項の点検結果を記入してください。なお、他に勤務実績表、自己点検表(加算等)のシートも記入してください。

※項目内容が通常型とユニット型で重複する場合は、通常型の根拠条文を記載しています。

☐を押して、どちらかにチェックを入れてください。

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
I 人員基準（注）							
1 従業員の員数	<ul style="list-style-type: none"> ・入所（入居）者に対し、従業者の員数は適切であるか。 ・必要な専門職が配置されているか。 ・必要な資格を有しているか。 	(1) a 【医師】 常勤の医師が1人以上配置されている。 ※複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えない ※介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えない	☐	☐	注）常勤とは、当該施設における勤務時間（指定介護老人保健施設以外の勤務時間を含む。）が就業規則等で定められている常勤者が勤務すべき時間数（週に勤務すべき時間が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであること。 ただし、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、週30時間以上で常勤とする。（常勤換算でも1として取り扱う。）	条例第3条第1項第1号 基準省令第2条第1項第1号	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等
		b 医師を、常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置している。 ※ 運営指導日の前々月における常勤換算方法で算出した医師の数を下記に記入してください。 常勤換算方法による医師の数（ 人）	☐	☐			
		(2) 【薬剤師】 薬剤師を、施設の実情に応じた適当数配置している。 ※ 入所者の数を300で除した数以上が標準 ※ 運営指導日の前々月における薬剤師の数を下記に記入してください。 薬剤師の数（ 人）	☐	☐			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
		(3) 【看護職員（看護師若しくは准看護師）又は介護職員】 a 看護職員及び介護職員の合計数は、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上となっている。 b 看護職員及び介護職員の人数は、以下の基準を満たしている。 ① 看護職員は、看護・介護職員の総数の2/7程度 ② 介護職員は、看護・介護職員の総数の5/7程度 ※ 「看護・介護職員の総数」とは、上記aにより置くべきとされている看護職員及び介護職員の員数のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 運営指導日の前々月における常勤換算方法で算出した看護職員及び介護職員の数を下記に記入してください。 ① 看護職員の数 (人) ② 介護職員の数 (人)	条例第3条第1項第3号、第4号 基準省令第2条第1項第3号	職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等
		(4) 【支援相談員】 a 支援相談員を、1以上配置している。 ※ 入所者の数が100を超える場合は、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上 b 支援相談員は、常勤の者である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 運営指導日の前々月における常勤換算方法で算出した支援相談員の数を下記に記入してください。 支援相談員の数 (人)	条例第3条第1項第5号 基準省令第2条第1項第4号	
		(5) 【理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士】 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 運営指導日の前々月における常勤換算方法で算出した理学療法士等の数を下記に記入してください。 理学療法士等の数 (人)	条例第3条第1項第6号 基準省令第2条第1項第5号	
		(6) 【栄養士又は管理栄養士】 入所定員が100以上の施設においては、常勤の栄養士又は管理栄養士を1以上配置している。 ※ 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は、兼務職員をもって充てても差し支えない。 ※ 100未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ 運営指導日の前々月における栄養士又は管理栄養士の数を下記に記入してください。 栄養士等の数 (人)	条例第3条第1項第7号 基準省令第2条第1項第6号	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
II 設備基準							
1	厚生労働省令で定める施設	【 通常型の施設は 1-(1)～(10) を、ユニット型の施設は 1-(11)～(15) を回答してください。】					
	《注意》 以下の (1)～(10) の項目については、通常型の施設が回答してください。 ・許可申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致しているか。 ・使用目的に沿って使われているか。	(1)	介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有している。 ①療養室 ②診察室 ③機能訓練室 ④談話室 ⑤食堂 ⑥浴室 ⑦レクリエーション・ルーム ⑧洗面所 ⑨便所 ⑩サービス・ステーション ⑪調理室 ⑫洗濯室又は洗濯場 ⑬汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第4条第1～2項 基準省令第3条第1～2項	平面図等
		(2)	(1) に掲げる施設は、専ら介護老人保健施設の用に供するものである。 ※ 入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第4条第3項 基準省令第3条第3項	
		(3)	【療養室】 療養室は、以下の基準を満たしている。 ・1の療養室の定員は、4人以下とすること ・入所者1人当たりの床面積は、8㎡以上とすること ・地階に設けてはならないこと ・1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・寝台又はこれに代わる設備を備えること ・入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること ・ナース・コールを設けること ※ サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向を検知できる見守り機器を設置することで代用可 ※ 認知症専門棟はナース・コールを設けなくても差し支えない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第4条第1～2項 基準省令第3条第1～2項	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
		(4) 【機能訓練室】 a 機能訓練室は、1㎡に入居定員数を乗じて得た面積以上となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等
		b 機能訓練室は、必要な器械・器具を備えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(5) 【談話室】 談話室は、入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(6) 【食堂】 食堂は、2㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(7) 【浴室】 a 浴室は、身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		b 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(8) 【レクリエーション・ルーム】 レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(9) 【洗面所】 洗面所は、療養室のある階ごとに設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(10) 【便所】 便所は、以下の基準を満たしている。 ・療養室のある階ごとに設けること ・プザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること ・常夜灯を設けること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
	《注意》 以下の (11)～(15) の項目については、ユニット型の施設が回答してください。						
	(11)	介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有している。 ①ユニット i) 療養室 ii) 共同生活室 iii) 洗面所 iv) 便所 ②診察室 ③機能訓練室 ④浴室 ⑤サービス・ステーション ⑥調理室 ⑦洗濯室又は洗濯場 ⑧汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第44条 第1～2項 基準省令第41条第1～2項	平面図等
	(12)	【ユニット】 a 「療養室」 療養室は、以下の基準を満たしている。 ・ 1の療養室の定員は、1人とすること ※ 入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることが可 ・ 療養室はいずれかのユニットに属するものとし、ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること ・ 1のユニットの入居定員は、原則おおむね10人以下とし、15人を超えないこと ・ 1の療養室の床面積は10.65㎡以上とすること ※ 入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合に2人部屋としたとき、その療養室の床面積は、21.3㎡以上とする。 ・ 地階に設けてはならないこと ・ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・ 寝台又はこれに代わる設備を備えること ・ 入居者の身の回り品を保管することができる設備を備えること ・ ナース・コールを設けること ※ サービスに支障を来さない場合には、入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可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
		<p>b 「共同生活室」 共同生活室は、以下の基準を満たしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・共同生活室はいずれかのユニットに属するものとし、ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること ・1の共同生活室の床面積は、2㎡に共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること ・入居者が食事・談話等をしたりに適したテーブル、椅子など、必要な設備及び備品を備えること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>c 「洗面所」 洗面設備は、以下の基準を満たしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること ・身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>d 「便所」 便所は、以下の基準を満たしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること ・ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること ・常夜灯を設けること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>(13) 【機能訓練室】</p> <p>a 機能訓練室は、1㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上となっている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>b 機能訓練室は、必要な器械・器具を備えている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>(14) 【浴室】</p> <p>a 浴室は、身体の不自由な者が入浴するのに適したものととなっている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>b 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<p>(15) (13)～(14)に掲げる設備は、専らユニット型介護老人保健施設の用に供するものである。 ※ 入居者に対する介護保健施設サービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第44条 第3項 基準省令第41条第3項</p>	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
2 構造設備の基準	<p>・許可申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致しているか。</p> <p>・使用目的に沿って使われているか。</p>	(1) 介護老人保健施設の建物は、耐火建築物となっている。 ※ 入所者の療養生活のために使用しない附属の建物は除く。 ※ 療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない場合は、準耐火建築物とすることができる。 《注意》 介護老人保健施設の建物が耐火建築物又は準耐火建築物の場合は、次の(2)の回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第5条 基準省令第4条</p>	<p>平面図等</p>
		(2) 介護老人保健施設の建物が耐火建築物又は準耐火建築物ではない場合は、以下のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての建物であって、都道府県知事が火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認められている。 ・スプリンクラー設備の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること ・非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なるものであること ・避難口の増設等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なるものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(3) 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(4) 療養室等が3階以上の階にある場合は、避難階段を2以上設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(5) 【階段】 階段には手すりが設けられている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
		(6) a 【廊下】 廊下の幅（内法）は、1.8m以上、中廊下の幅は、2.7m以上となっている。 ※ ユニット型の介護老人保健施設にあっては、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者・従業者等の円滑な往来に支障が生じない場合は、1.5m以上（中廊下にあつては1.8m以上）で可 ※※ 「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		b 廊下に手すりを設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		c 廊下に常夜灯を設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(7) 介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(8) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照											
			適	不適														
Ⅲ 運営基準																		
1	内容及び手続の説明及び同意	<p>・入所（入居）申込者又はその家族への説明を行い、同意を得ているか。</p> <p>・重要事項説明書の内容に不備等はないか。</p>	<p>(1) a 介護保健施設サービスの提供の開始に際し、入所申込者又はその家族に対し、重要事項（※）について記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について入所申込者の同意を得ている。</p> <p>※重要事項説明書に記載されているものに■を記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・運営規程の概要</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・従業員の勤務体制</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・事故発生時の対応</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・苦情処理の体制</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>b 介護保健施設サービスの提供の開始にあたっての入所申込者の同意については、書面によって確認している。</p>	項目	記入欄	・運営規程の概要	<input type="checkbox"/>	・従業員の勤務体制	<input type="checkbox"/>	・事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>	・苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第6条第1項 基準省令第5条第1項</p>	<p>重要事項説明書等（入所申込者又は家族の同意があったことがわかるもの）、入所契約書</p>
項目	記入欄																	
・運営規程の概要	<input type="checkbox"/>																	
・従業員の勤務体制	<input type="checkbox"/>																	
・事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>																	
・苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>																	
2	受給資格等の確認	<p>・被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか。</p>	(1)	<p>被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間の確認を行っている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第9条第1項 基準省令第6条第1項</p>	<p>被保険者証の写し等</p>										
3	入退所	<p>・サービスを受ける必要性が高いと認められる入所（入居）申込者を優先的に入所させているか。</p> <p>・入所（入居）者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。</p> <p>・入所（入居）者が居宅において日常生活を営むことができるか、多職種（医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等）で定期的に協議・検討しているか。</p>	(1)	<p>入所を待っている申込者がいる場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第11条第2～5項 基準省令第8条第2～5項</p>	<p>入所判定に係る書類等</p> <p>フェイスシート等</p> <p>モニタリング・入所継続検討会議等の記録</p>										
			(2)	<p>入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			(3)	<p>入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうか定期的（少なくとも3月ごと）に検討し、その内容等を記録している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
			(4)	<p>居宅において日常生活を営むことができるかどうかの検討に当たっては、医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照		
			適	不適					
4	サービスの提供の記録	・ 提供した具体的なサービスの内容等（サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所（入居）者の状況その他必要な事項）について記録しているか。	(1)	介護保健施設サービスを提供した際には、その提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況その他必要な事項を記録している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第12条第2項 基準省令第9条第2項	支援経過記録等（サービス提供記録）、業務日誌、モニタリングシート	
5	利用料等の受領	・ 入所（入居）者からの費用徴収は適切に行われているか。 ・ 領収書を発行しているか。	(1)	法定代理受領サービスに該当する介護保健施設サービスを提供した際には、入所者から入所者負担分（1割、2割又は3割負担）の支払を受けている。 ※ 「法定代理受領サービス」とは、介護老人保健施設に対し、市町村又は国保連から直接施設介護サービス費（入所者負担分を除く。）が支払われる場合の介護保健施設サービスのことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第13条、45条 基準省令第11条、42条	入所者に対する請求書、領収書等	
			(2)	法定代理受領サービスでない介護保健施設サービスを提供した際に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指定介護保健施設サービスに係る費用の額との間に、不合理な差額を設けていない。 《注意》 設けてない場合には「適」に、設けている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			入所者に対する請求書、領収書等
			(3) a	以下の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、同意を得ている。 ① 食事の提供に要する費用 ② 居住に要する費用 ③ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ④ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ⑤ 理美容代 ⑥ 上記の費用のほか、介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められる費用 ※ ①～④までの同意は文書によるものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書等（入所申込者又は家族の同意があったことがわかるもの）、入所契約書、運営規程等

点検項目		確認項目	具体的内容		点検結果		備考	根拠条文	参照
					適	不適			
			b	入所者又はその家族に請求する費用は、運営規程に定めている「利用料その他の費用の額」と整合がとれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			運営規程、重要事項説明書等
6	介護保健施設サービスの取扱方針	<ul style="list-style-type: none"> ・生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか。 ・身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか。 ・身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。 ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催しているか。 ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。 ・介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的で開催しているか。 	(1)	介護保健施設サービスの提供に当たっては、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていない。 《注意》 やむを得ない場合以外に、行っていない場合には「適」に、行っている場合は「不適」に、チェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第15条第4～6項、46条第4～6項 基準省令第13条第6～8項、43条第6～8項	身体的拘束に係る同意書 身体的拘束に係る同意書、家族への確認書、経過観察記録等 身体的拘束等の適正化検討委員会名簿、身体的拘束の適正化検討委員会議事録 身体的拘束等廃止に関する（適正化のための）指針	
(2)	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(3)	a		身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b	身体的拘束等の適正化のための指針を整備している。 ※指針に記載されているものに■を記入してください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
項目			記入欄						
・施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方			<input type="checkbox"/>						
・身体的拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項			<input type="checkbox"/>						
・身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針			<input type="checkbox"/>						
・施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針			<input type="checkbox"/>						
・身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針			<input type="checkbox"/>						
・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針		<input type="checkbox"/>							
・その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針		<input type="checkbox"/>							
		c	介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施するとともに、新規採用時にも必ず実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			研修の記録等	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
7 施設サービス計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・入所（入居）者の有する能力、その置かれている環境等を踏まえているか。 ・アセスメントのため、入所（入居）者及びその家族に面接しているか。 ・サービス担当者会議等により専門的意見を聴取しているか。 ・施設サービス計画を本人や家族に説明し、文書により同意を得ているか。 ・定期的に入所（入居）者と面接し、モニタリングを行い、結果を記録しているか。 	(1)	施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第16条第3～12項 基準省令第14条第3～12項	アセスメントシート等
		(2)	アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に面接して行っている。 ※ 面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。 ※ 家族への面接については、テレビ電話等の通信機器等の活用により行われるものを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		アセスメントシート、支援経過記録等
		(3)	入所者の希望、アセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容等を記載した施設サービス計画の原案を作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		施設サービス計画、アセスメントシート等
		(4)	サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス担当者会議録等
		(5)	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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		施設サービス計画、支援経過記録
		(6)	施設サービス計画を作成した際には、施設サービス計画を入所者に交付している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		(7) a	施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録、施設サービス計画等
		(7) b	施設サービス計画を変更する場合、施設サービス計画を作成する時と同様に(2)～(8)の一連の業務を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		入所者個人台帳等

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
		(8) モニタリングに当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情がない限り、以下により行っている。 ① 定期的に入所者に面接すること ② 定期的にモニタリングの結果を記録すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			モニタリング記録、支援経過記録等
		(9) 以下の場合において、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めている。 ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合 ② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			サービス担当者会議録等
8	栄養管理 ・各入所（入居）者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っているか。	(1) a 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、各入所者の栄養ケア計画を作成し、栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録している。 b 栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第19条の2 基準省令第17条の2	栄養ケア計画、モニタリング記録等
9	口腔衛生の管理 ・各入所（入居）者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っているか。	(1) a 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行っている。 b 従業者又は歯科医師等が、入所者毎に、施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施している。 c a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し、必要に応じて計画を見直している。 ・助言を行った歯科医師 ・歯科医師からの助言の要点 ・具体的方策 ・施設における実施目標 ・留意事項、特記事項 d 歯科医師等の実施事項等を文書で取り決めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第19条の3 基準省令第17条の3	助言及び指導の記録 口腔衛生管理体制計画等

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照		
			適	不適					
10	看護及び医学的管理の下における介護	・入浴回数は適切か、また、褥瘡予防体制は整備されているか。	(1)	1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきを行っている。 ※ ユニットの施設では、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけ入浴機会を設けることを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第20条第2項、5項、第47条第3、6項 基準省令第18条第2、5項、第44条第2項	支援経過記録等
			(2)	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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11	管理者による管理	・管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。	(1)	a 管理者は常勤の者を配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第25条 基準省令第23条	職員勤務表等
			b 管理者は専ら当該介護老人保健施設の管理業務に従事している。 ※ 管理業務に支障がないときは、兼務が可 《注意》 管理者が介護老人保健施設の管理業務のみに専従している場合は、次の(1)-cの回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員勤務表、組織図等			
			c 管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切である。 → 下記の事項について記載してください。 ・介護老人保健施設内で他職種と兼務している場合はその職種名 () ・他事業所等と兼務している場合は事業所等の名称、職種名、兼務事業所における1週間当たりの勤務時間数 事業所名：() 職種名：() 勤務時間：() 《注意》 回答スペースが足りない場合は、適宜行を追加するなどの対応をお願いします。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員勤務表等			
12	運営規程	・運営における右記の重要事項について定めているか。	(1)	以下の事項を運営規程に定めている。 ・施設の目的及び運営の方針 ・従業者の職種、員数及び職務の内容 ・入所定員（ユニット数、ユニットごとの入居定員を含む。） ・介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額（ユニット部分・それ以外の部分） ・施設の利用に当たっての留意事項 ・非常災害対策 ・虐待の防止のための措置に関する事項 ・その他施設の運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第28条、第50条 基準省令第25条、第47条	運営規程

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照		
			適	不適					
13 勤務体制の確保等	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供は施設の従業者によって行われているか。 ・入所（入居）者の処遇に直接影響する業務を委託していないか。 ・資質向上のために研修の機会を確保しているか。 ・認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか。 ・性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか。 	(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、従業者の勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別等）を定めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第29条、第51条第1、3、4、6項 基準省令第26条、第48条第1、3、4、6項	職員勤務表、組織図等	
		(2)	当該施設の従業者によって、介護保健施設サービスを提供している。 ※ 調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		(3)	a	従業者の資質の向上のために、研修の機会を確保している。	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			b	介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者に対し、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置等を講じている。	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		(4)	職場におけるハラスメントの防止のため、必要な措置を講じている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		※実施しているものに■を記入してください。							
		項目			記入欄				
		・セクシュアルハラスメントの内容及びセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発			<input type="checkbox"/>				
		・パワーハラスメントの内容及びパワーハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発			<input type="checkbox"/>				
		・ハラスメントに関する相談等への対応のための窓口の設置、従業者への周知			<input type="checkbox"/>				
		上記方針等について、何に規定しているか記入してください。 (例：就業規則、社内報等)							
		《注意》 以下の (5)～(8) の項目については、ユニット型の施設が回答してください。							
		(5)	ユニットのある施設において、昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員が配置されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第51条第2、5項 基準省令第48条第2、5項	職員勤務表		
		(6)	夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員が配置されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		(7)	ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		(8)	管理者はユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照																
			適	不適																			
14 業務継続計画の策定等	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。 ・従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的実施しているか。 ・定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っているか。 	(1) 感染症や非常災害の発生時において、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、当該計画に従い必要な措置を講じている。 ※業務継続計画に記載されている項目に■を記入してください。 【感染症に係る業務継続計画】 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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)</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>初動対応</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>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)</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </tbody> </table> 【災害に係る業務継続計画】 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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)</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>他施設及び地域との連携</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </tbody> </table>	項目	記入欄	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)	□	初動対応	□	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)	□	項目	記入欄	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)	□	緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)	□	他施設及び地域との連携	□	□	□		条例第29条の2 基準省令第26条の2	業務継続計画
			項目	記入欄																			
			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)	□																			
			初動対応	□																			
			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)	□																			
			項目	記入欄																			
			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)	□																			
			緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)	□																			
			他施設及び地域との連携	□																			
			(2)	a 従業者に対し、業務継続計画について周知している。	□	□			研修計画、 実施記録														
b 従業者に対し、業務継続計画に係る研修を定期的(年2回以上)に実施するとともに、新規採用時にも実施している。	□	□			訓練計画、 実施記録																		
c 業務継続計画に基づいた訓練(シミュレーション)を定期的(年2回以上)に実施している。	□	□								業務継続計画等													
(3)	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行っている。	□	□																				
15 定員の遵守	<ul style="list-style-type: none"> ・入所定員（又はユニット毎の入居定員）を上回っていないか。 	(1) 入所定員及び療養室の定員を超えずに、介護保健施設サービスの提供を行っている。 ※ 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	□			□			条例第30条、52条 基準省令第27条、49条	業務日誌、 国保連への請求控													
			□	□																			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
16 非常災害対策	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的計画はあるか。 ・非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されているか。 ・避難・救出等の訓練を定期的実施しているか。 	(1) a 施設の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第31条第1項 基準省令第28条	非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画（風水害、地震対策含む）又はこれに準ずる計画、運営規程、避難・救出等訓練の記録、通報・連絡体制
		b （市地域防災計画に定められた洪水等の浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内の要配慮者施設に該当する場合）水害や土砂災害に対応した避難確保計画を作成し、訓練を実施している。（訓練実施後は「訓練実施結果報告書」を市に提出する。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		水防法、土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の推進に関する法律、津波防災地域づくりに関する法律	
		c 非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第31条第1項 基準省令第28条第1項	
		(2) 医療機関、他の社会福祉施設及び地域住民と非常災害時における連携及び協力関係を構築するよう努めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第31条第3項	
		(3) 上記の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第31条第4項 基準省令第28条第2項	
17 衛生管理等	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症又は食中毒が発生し、まん延しないよう次の措置を講じているか。 ①感染症及び食中毒の予防・まん延の防止のための対策を検討する委員会開催（おおむね3月に1回以上）、その結果の周知 ②感染症及び食中毒の予防・まん延の防止のための指針の整備 ③感染症及び食中毒の予防・まん延の防止のための研修・訓練の定期実施 	(1) a 感染症及び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をおおむね3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第32条第2項 基準省令第29条第2項	委員会名簿、委員会の記録、指針
		b 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		c 介護職員その他の従業員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的（年2回以上）に実施するとともに、新規採用時にも必ず実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			研修の記録及び訓練の記録
		d 感染症が発生した場合を想定した訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照
			適	不適			
18 秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の利用に当たり、入所（入居）者から同意を得ているか。 ・退職者を含む、従業員が入所（入居）者の秘密を保持することを誓約しているか。 	(1) 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第35条 基準省令第32条	従業者の秘密保持誓約書
		(2) 居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			入所者等からの同意書等
19 苦情処理	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じているか。 ・苦情を受け付けた場合、内容等を記録、保管しているか。 	(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必要な措置（※）を講じている。 ※必要な措置： 苦情を受け付けるための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、入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第37条 基準省令第34条	苦情の受付簿、苦情者への対応記録、苦情対応マニュアル
		(2) 苦情の受付日、内容等を記録・保存している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		(3) 苦情があった場合、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照																
			適	不適																			
20	事故発生の防止及び発生時の対応	<p>(1) a 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備している。</p> <p>※指針に記載されている項目に■を記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・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</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・施設内で発生した介護事故等の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・介護事故等発生時の対応に関する基本方針</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・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</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>b 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、その事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制が整備されている。</p> <p>c 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的（年2回以上）に行うとともに、新規採用時にも必ず研修を実施している。</p> <p>d 上記a～cの措置を適切に実施するための専任の担当者を置いている。</p>	項目	記入欄	・施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方	<input type="checkbox"/>	・介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>	・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	・施設内で発生した介護事故等の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	・介護事故等発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	・その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第39条 基準省令第36条	事故発生の防止のための指針、事故対応マニュアル、市町村・家族等への報告記録、再発防止策の検討の記録、ヒヤリハットの記録、事故発生防止のための委員会議事録、研修の記録、担当者を設置したことが分かる文書
			項目	記入欄																			
			・施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方	<input type="checkbox"/>																			
			・介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>																			
			・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>																			
			・施設内で発生した介護事故等の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針	<input type="checkbox"/>																			
			・介護事故等発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>																			
			・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>																			
			・その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針	<input type="checkbox"/>																			
			(2)	事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故発生報告等														
(3)	事故の状況やその処置について、記録・保存している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故・ヒヤリ・ハット報告綴 事故発生報告書等																	
(4)	賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照	
			適	不適				
21 虐待の防止	<p>・虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じているか。</p> <p>①虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の介護職員その他の従業者への周知</p> <p>②虐待の防止のための指針の整備</p> <p>③虐待の防止のための研修の定期実施</p> <p>・上記の措置を適切に実施するための担当者を置いているか。</p>	(1)	高齢者虐待を受けたと思われる入所者等を発見した場合は、速やかに市に通報している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>高齢者虐待防止法</p> <p>条例第39条の2 基準省令第36条の2</p>	<p>委員会議事録等</p> <p>虐待の発生・再発防止の指針</p>	
		(2)	a	虐待の防止のための対策を検討する委員会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る。	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			b	虐待の防止のための指針を整備している。	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			※指針に記載されている項目に■を記入してください。					
			項目		記入欄			
			施設における虐待防止に関する基本的考え方		<input type="checkbox"/>			
			虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項		<input type="checkbox"/>			
			虐待防止のための職員研修に関する基本方針		<input type="checkbox"/>			
			虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針		<input type="checkbox"/>			
			虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項		<input type="checkbox"/>			
			成年後見制度の利用支援に関する事項		<input type="checkbox"/>			
		虐待等に係る苦情解決方法に関する事項		<input type="checkbox"/>				
		入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項		<input type="checkbox"/>				
		その他虐待防止の推進のために必要な事項		<input type="checkbox"/>				
	c	介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年2回以上）に実施するとともに、新規採用時にも必ず実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>研修及び訓練計画、実施記録、担当者を設置したことが分かる文書</p>			
	d	上記a～cの措置を適切に実施するための専任の担当者を置いている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22	<p>入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置</p> <p>【令和9年4月1日から】</p>	(1)	業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第39条の3 基準省令第36条の3</p>	<p>委員会議事録等</p>	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		備考	根拠条文	参照		
			適	不適					
23	介護職員等による喀痰吸引及び経管栄養業務 【実施している施設のみ】	(1)	実施に当たっては知事へ申請し登録を受けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		福祉士法第48条の3、附則第20条 喀痰要綱第2条	登録証	
		(2)	a	以下の内容について書面で規定し、それに基づき業務を行っている。 ・医師の文書による指示 ・利用者の状態の定期的な確認 ・医療機関者との連携確保及び役割分担 ・たん吸引等計画書の作成 ・たん吸引等実施状況報告書の作成 ・急変時等の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		福祉士法第48条の2 附則第3条 福祉士法第48条の5 福祉士法規則第26条の3	医師の指示書、計画書、実施状況報告書
			b	指示書及び計画書については定期的な見直しを行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		福祉士法規則第26条の3	
			c	喀痰吸引等を行う職員の資格要件を満たしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員の資格証
			d	本人又はその家族等へ説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			同意書

勤務実績表

記入例

施設名	介護老人保健施設 ○○の郷	夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前時までの時間を含めた連続する16時間)
サービスの種類	介護老人保健施設	17:00 ~ 9:00 (16時間)
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が1週間に勤務すべき時間数	40 時間	※医師は32時間
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が当月に勤務すべき時間数	160 時間	※医師は128時間

(令和○年○月) **基準上規定されている職種の全職員について記載すること**

【運営指導実施月の前々月】

職種	勤務形態	氏名	曜日																							備考
			1月	2火	3水	4木	5金	6土	7日	8月	9火	10水	11木	12金	13土	14日	15月	16火	17水	18木	19金	20土	21日	22月	23火	
管理者	B	●田●男	1	1	×	1	1	×	×	1	1	×	1	1	×	×	1	1	×	1	1	×	×			
医師	B	●田●男	7	7	×	7	7	×	×	7	7	×	7	7	×	×	7	7	×	7	7	×	×			
薬剤師	C	●津●理	4	4	×	4	4	×	×	4	4	×	4	4	×	×	4	4	×	4	4	×	×			
看護職員	A	□藤□子	☆	☆	☆	有休	☆	×	×	☆	有休	☆	☆	×	×	研修	研修	研修	☆	☆	×	×				
看護職員	B	◆海◆美	×	×	F	F	F	F	F	×	×	F	F	F	F	F	×	×	F	F	F	F	F			
看護職員	C	▲下▲子	0	0	×	E	0	×	×	0	E	×	0	0	×	×	E	E	E	×	0	×	×			
介護職員	A	◇川◇花	A	A	B	C	D	×	×	A	A	A	有休	有休	×	×	A	A	B	C	D	×	×			
介護職員	B	○富○恵	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	0	0	☆	☆	×	×	☆	☆	0	☆	☆	×	×			
介護職員	C	◆藤◆子	B	C	D	×	×	E	E	B	C	D	×	×	E	E	B	C	D	×	×	E	E			
介護職員	A	▲木▲裕	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	A	A	B	C	D				
支援相談員	A	●田●沙	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	研修	研修	☆	☆	×	×	☆	☆	有休	☆	☆	×	×			
支援相談員	B	○富○恵	0	0	0	0	0	×	×	0	☆	☆	0	0	×	×	0	0	☆	0	0	×	×			
理学療法士	A	○方○人	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	☆	☆	☆	☆	×	×			
作業療法士	C	○重○子	×	×	☆	×	×	☆	☆	×	×	☆	×	×	☆	☆	×	×	☆	×	×	☆	☆			
栄養士	A	□井□央	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	☆	☆	☆	研修	×	×	☆	☆	☆	☆	☆	×	×			
介護支援専門員	A	◆間◆子	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	☆	☆	☆	☆	×	×	☆	☆	☆	☆	☆	×	×			
介護支援専門員	B	◆海◆美	×	×	G	G	G	G	G	×	×	G	G	G	G	G	×	×	G	G	G	G	G			
調理員	C	◆田◆	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×			

省略

勤務時間凡例

表記	勤務時間帯	休憩時間帯	勤務時間数
☆	8:30~17:30	12:00~13:00	8
A	7:30~16:30	11:00~12:00	8
B	9:00~18:00	13:00~14:00	8
C	15:00~24:00	19:00~20:00	8
D	0:00~9:00	4:00~5:00	8
E	10:00~17:00	12:30~13:30	6
F	8:30~12:30	: ~ :	4
G	13:30~17:30	: ~ :	4
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	

- 注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
- 注2: 1日毎の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入、その他は内容が分かる表記とすること。(例:有給休暇 → 「有休」、育児休暇 → 「育休」)
- 注3: 勤務時間数を記入するに当たっては、左表の凡例を用いて、時間数及び勤務時間帯が分かるように記入すること。
- 注4: 基準上規定されている職種の全職員について、職種ごとに分けて記入すること。
- 注5: 兼務職員は、兼務状況が分かるように記入すること。
- 注6: 特定の資格が必要な職種は、「備考」欄にその資格名を記入すること。
- 注7: 既存の勤務を管理した表が勤務実績表の項目を満たすものであれば、その添付により代えることができる。

職種に必要な資格を明記すること

兼務状況を明記すること

自己点検表(加算等一覧※特別療養費含む)

○ 介護給付費算定加算一覧(貴施設で運営指導実施月の前々月から過去1年間で算定した加算等の名称を記載してください)

	算定加算等の名称

介護老人保健施設

介護保健施設サービス 自己点検表（加算等）

該当する項目は、□を押してチェックを入れてください。

点検項目	点検事項	点検結果	備考
基本型・在宅強化型	在宅復帰・在宅療養支援等指標	<input type="checkbox"/> 70以上 <input type="checkbox"/> 60以上 <input type="checkbox"/> 40以上 <input type="checkbox"/> 20以上 <input type="checkbox"/> 20未満	加算別表1を作成すること
	入所者の退所時に、当該入所者及び家族等に対して、退所後の療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所後30日以内（要介護4、5の場合は2週間以内）に、居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅生活が継続する見込みであることを確認し、記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が、PT等に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	地域貢献活動を実施している [在宅強化型]	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーションを実施 [在宅強化型]	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
療養型	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表2を作成すること
	算定日が属する月の前12月における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院して入所した者の占める割合から自宅等（居宅サービス事業、他の社会福祉施設等を除く）から入所した者の占める割合を減じて得た数	<input type="checkbox"/> 35/100以上	
	次のいずれかに該当		
	①算定日の属する月の前3月における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合	<input type="checkbox"/> 15/100以上	
	②算定日の属する月の前3月における入所者等のうち、日常生活自立度ランクMに該当する者の占める割合	<input type="checkbox"/> 20/100以上	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
	入所者等の合計数が40以下 [看護オンコール体制の介護療養型老健に限る]	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤減算	夜勤を行う看護又は介護職員2人以上（40人以下は1以上）	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型の場合、夜勤を行う看護又は介護職員は2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
ユニットケア体制未整備減算	日中ユニットごとに常時1名以上の介護又は看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
	ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
身体拘束廃止未実施減算	身体的拘束等を行う場合の記録	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 未整備	
	身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
安全管理体制未実施減算	事故発生防止のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 未整備	
	事故が発生した場合等に、事実が報告され、その分析を通じた改善策を周知徹底する体制を整備	<input type="checkbox"/> 未整備	
	事故発生防止のための委員会を開催	<input type="checkbox"/> 未実施	
	事故発生防止のための定期的な研修を実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
	事故発生防止を適切に実施するための担当者を配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための対策を検討する委員会を開催	<input type="checkbox"/> 未実施	
	虐待の防止のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 未整備	
	虐待の防止のための研修を年2回以上実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
	虐待の防止を適切に実施するための担当者を配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
業務継続計画未策定減算	感染症・災害の業務継続計画の策定や業務継続計画に従った必要な措置	<input type="checkbox"/> 未実施	
	感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定	<input type="checkbox"/> 未策定	
栄養管理に係る減算	栄養士又は管理栄養士を1以上配置（入所定員100以上の場合）	<input type="checkbox"/> 未配置	
	各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に実施	<input type="checkbox"/> 未実施	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
室料相当額控除 【令和7年8月1日から】	次のいずれにも該当する者 ①「その他型」及び「療養型」(※)の多床室に入所 ※ 算定日が属する計画期間の前の計画期間の最終年度(令和7年8月から令和9年7月までは令和6年度の実績)において、「その他型」又は「療養型」として算定した月が7か月以上 ②入所している療養室における一人当たりの床面積が8㎡以上	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算	夜勤を行う看護職員又は介護職員の数(1日平均夜勤職員数)が ①41床以上の場合、利用者数等が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ2名超えて配置 ②40床以下の場合、利用者数等が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ1名超えて配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症ケア加算を算定している場合は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで上記要件を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(Ⅱ)	入所(起算)日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	1週につきおおむね3日以上実施(1回20分以上の個別リハビリ)	<input type="checkbox"/> 該当	
	次のいずれかに該当		
	①過去3月の間に介護老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	②過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがあり、4週以上の入院後に再入所した場合で、短期集中リハビリテーションの必要がある	<input type="checkbox"/> 該当	
	③過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがあり、4週未満の入院後に再入所した場合で、脳梗塞・脳出血等を急性発症したか、上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による一肢以上の麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断、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である	<input type="checkbox"/> 該当	
	(Ⅰ)を算定する場合		
次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとのADL等の評価の結果等の情報をLIFEを用いて提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している a 施設に入所した日の属する月 b aから起算して3月目の月まで、少なくとも1月に1回	<input type="checkbox"/> 該当		
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定	<input type="checkbox"/> なし		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	入所(起算)日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	1週に3日を限度として実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	精神科医師等により、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で、MMSE又はHDS-Rにおいておおむね5~25点に相当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーション計画に基づき医師又は医師の指示を受けたPT等により記憶の訓練、日常生活活動訓練等を組み合わせたプログラムを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	1人の医師又は医師の指示を受けたPT等が1人に対して個別リハビリテーションを実施(1回20分以上)	<input type="checkbox"/> 実施	
	リハビリテーションに関する記録の保管の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	過去3月の間に当該施設において当該加算を算定 (Ⅰ)を算定する場合	<input type="checkbox"/> なし	
	入所予定日前30日から入所後7日までの間に、入所者が退所後生活する居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、リハビリテーション計画を作成	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定	<input type="checkbox"/> なし	
認知症ケア加算	認知症の入所者と他の入所者とを区別している	<input type="checkbox"/> 該当	
	日常生活自立度ランクⅢ以上に該当し、認知症専門棟での処遇が適当と医師が認めた者	<input type="checkbox"/> 該当	
	次に掲げる基準に適合する施設及び設備		
	① 専ら認知症の入所者が入所する施設	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 入所定員は40人を標準とする	<input type="checkbox"/> 該当	
	③ 入所定員の1割以上の数の個室を整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	④ 1人当たり2㎡以上のデイルームを整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	⑤ 入所者家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のための30㎡以上の部屋を整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	単位ごとの入所者の数は10人を標準	<input type="checkbox"/> 該当	
	単位ごとに固定した職員を配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	日中の入所者10人に対し常時1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	夜間、深夜に入所者20人に対し1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	ユニット型でない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定	<input type="checkbox"/> なし	
外泊時費用	外泊をした場合に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以内	加算別表3を作成すること
	外泊の初日及び最終日について算定	<input type="checkbox"/> なし	
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
外泊時在宅サービスを利用したときの費用	居宅において試行的に退所させ、当該施設が在宅サービスを提供した場合に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以内	加算別表3を作成すること
	外泊の初日及び最終日について算定	<input type="checkbox"/> なし	
	病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、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る	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又は家族に対し、加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成し、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	家族等に対し事前に指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	外泊時費用を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
ターミナルケア加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表4を作成すること
	入所者又は家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族への説明を行い同意を得てのターミナルケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所していない月の自己負担がある場合、入所者側に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所後も入所者の家族指導等を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	ターミナルケアに係る本人又は家族の意思確認等の日時、内容等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	適切なターミナルケアを担保するための職員間の相談日時、内容等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	本人又は家族が個室を希望する場合で、意向に沿えるよう考慮し個室に移行した場合、多床室を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定単位について		
	① 死亡日以前31日以上45日以内	<input type="checkbox"/> 1日72単位	
	①' 死亡日以前31日以上45日以内[介護療養型老健に限る]	<input type="checkbox"/> 1日80単位	
	② 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日160単位	
	③ 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日910単位	
③' 死亡日の前日及び前々日[介護療養型老健に限る]	<input type="checkbox"/> 1日850単位		
④ 死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,900単位		
④' 死亡日[介護療養型老健に限る]	<input type="checkbox"/> 1日1,700単位		
特別療養費	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定要件を適切に満たしている。	<input type="checkbox"/> 該当	
療養体制維持特別加算 (I)	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員又は介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で、短期入所療養介護の利用者数及び老健の入所者数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上である	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
療養体制維持特別加算 (Ⅱ)	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表2を作成すること
	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合	<input type="checkbox"/> 20/100以上	
	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、日常生活自立度ランクⅣ以上の者の占める割合	<input type="checkbox"/> 50/100以上	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	在宅復帰・在宅療養支援等指標	<input type="checkbox"/> 40以上	加算別表1を作成すること
	地域貢献活動を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(i)若しくは(iii)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(経過的)ユニット型介護保健施設サービス費(i)を算定(基本型)	<input type="checkbox"/> 該当	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅復帰・在宅療養支援等指標	<input type="checkbox"/> 70以上	加算別表1を作成すること
	介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ii)若しくは(iv)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(経過的)ユニット型介護保健施設サービス費(ii)を算定(在宅強化型)	<input type="checkbox"/> 該当	
初期加算(Ⅰ)(Ⅱ)	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表5を作成すること
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所(日常生活自立度ランクⅢ以上の場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> なし	
	当該施設の短期入所療養介護を利用していた者が継続して入所した場合、30日から入所直前の短期入所療養介護の利用日数を控除した日数を算定(Ⅰ)を算定する場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設へ入所した入所者	<input type="checkbox"/> 該当	
	次のいずれかに該当 ①空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等の電子的システムを通じ、地域の医療機関に定期的(月2回以上)に共有 ②空床情報について、ウェブサイトにて定期的(月2回以上)に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し定期的(月2回以上)に情報共有	<input type="checkbox"/> 該当	
	初期加算(Ⅱ)の算定	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果		備考
退所時栄養情報連携加算	次のいずれかに該当 ①特別食等を必要とする入所者 ②低栄養状態にあると医師が判断した入所者	<input type="checkbox"/>	該当	栄養情報提供書(参考様式) ※特別食等：医師の食事箋に基づく腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者の流動食、経管栄養のための濃厚流動食、特別な場合の検査食(流動食・軟食除く)、心臓疾患等に対する減塩食、十二指腸潰瘍・侵襲の大きな消化管手術後の潰瘍食、クローン病・潰瘍性大腸炎等への低残渣食、高度肥満症(肥満度+40%以上又はBMI 30以上)への治療食、高血圧に対する減塩食(食塩相当量の総量が6.0g未満)
	居宅に退所する場合は主治医の病院等及び介護支援専門員に、病院・診療所・他の介護保険施設(以下「医療機関等」という)に入院等する場合は当該医療機関等に対して、入所者の同意を得て管理栄養士が入所者の栄養管理に関する情報を提供	<input type="checkbox"/>	該当	
	入所者が退所した日の属する月において、1月に1回を限度に算定	<input type="checkbox"/>	該当	
	栄養管理に係る減算、栄養マネジメント強化加算の算定	<input type="checkbox"/>	なし	
再入所時栄養連携加算	入所者が、医療機関に入院し、医師が特別食等又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合	<input type="checkbox"/>	該当	※特別食等：医師の食事箋に基づく腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者の流動食、経管栄養のための濃厚流動食、特別な場合の検査食(流動食・軟食除く)、心臓疾患等に対する減塩食、十二指腸潰瘍・侵襲の大きな消化管手術後の潰瘍食、クローン病・潰瘍性大腸炎等への低残渣食、高度肥満症(肥満度+40%以上又はBMI 30以上)への治療食、高血圧に対する減塩食(食塩相当量の総量が6.0g未満)
	医療機関を退院した後、直ちに当該老健に再入所した者	<input type="checkbox"/>	該当	
	当該施設の管理栄養士が、医療機関を訪問の上、医療機関での栄養指導又はカンファレンスに同席し(テレビ電話等可)、医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	
	栄養ケア計画について入所者又は家族の同意が得られている	<input type="checkbox"/>	該当	
	栄養管理に係る減算を実施	<input type="checkbox"/>	なし	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
入所前後訪問指導加算(I)	介護保健施設サービス費(I)又はユニット型介護保健施設サービス費(I)を算定	<input type="checkbox"/>	該当	診療録等
	入所期間が1月超と見込まれる者の入所予定日前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、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定	<input type="checkbox"/>	該当	
	退所後に居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合は、当該者の同意を得て、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等を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	入所前に居宅を訪問した際は入所日、入所後に訪問した際は訪問日に算定	<input type="checkbox"/>	該当	
	病院又は診療所のみでの訪問、他の介護保険施設のみでの訪問、予定が変わり入所しなかったケースのいずれでもない	<input type="checkbox"/>	該当	
	指導は、医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	指導は入所者及び家族等のいずれにも実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
入所前後訪問指導加算 (Ⅱ)	介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所期間が1月超と見込まれる者の入所予定日前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、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定に当たり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所後に居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合は、当該者の同意を得て、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等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設サービス計画の策定等に当たり、次のいずれにも該当		
	①医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、管理栄養士、介護支援専門員等による会議を開催（テレビ電話等可）	<input type="checkbox"/> 該当	
	②入浴や排泄等の生活機能について、入所中に達成すべき具体的な改善目標の定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
	③退所後の生活に係る支援計画は、入所予定者及び家族等の意向を踏え、施設及び在宅双方にわたる切れ目のない計画を作成し、次の内容に考慮している a 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計画に含んでいる b 終末期の過ごし方や看取りについて話し合うよう努め、入所予定者及び家族等が希望する場合はその具体的な内容を計画に含んでいる	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所前に居宅を訪問した際は入所日、入所後に訪問した際は訪問日に算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	病院又は診療所のための訪問、他の介護保険施設のための訪問、予定が変わり入所しなかったケースのいずれでもない	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は、医師、看護職員、支援相談員、PT・OT・ST、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は入所者及び家族等のいずれにも実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	診療録等

点検項目	点検事項	点検結果	備考
試行的退所時指導加算	入所期間 1 月超の者を居宅において試行的に退所させる場合、試行的退所時に入所者及び家族等のいずれにも、退所後の療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表 6 を作成すること
	最初に試行的退所を行った月から 3 月に限り、1 月 1 回を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導の内容は、次のようなものであること a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持・向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 c 家屋の改善の指導 d 退所する者の介助方法の指導	<input type="checkbox"/> 該当	
	病状及び身体の状態に照らし、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等が、居宅において生活ができるかどうかを検討	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明して同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	試行的退所中の入所者の状況の把握を行い、外泊時加算を算定（把握していない場合は算定不可）	<input type="checkbox"/> あり	
	外泊時加算を算定していない場合、入所者の同意を得てベッドを短期入所療養介護に活用	<input type="checkbox"/> 該当	
	居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	試行的退所期間が終了しても居宅に退所できない場合、居宅で療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画を変更し適切な支援を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護職員、支援相談員、PT・OT、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して指導	<input type="checkbox"/> 実施	
	指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	備考	
退所時情報提供加算(Ⅰ)	次のいずれかに該当 ①入所者が居宅で療養を継続する場合において、本人の同意を得て、退所後の主治の医師に対し、診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供 ②入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合において、本人の同意を得て、当該社会福祉施設等に対し、診療状況、心身の状況、生活歴等の入所者の処遇に必要な情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当		
	1回に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当		
退所時情報提供加算(Ⅱ)	入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、本人の同意を得て、当該医療機関に対して、心身の状況、生活歴等の情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当		
	1回に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当		
入退所前連携加算(Ⅰ)	入所期間が1月超と見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を作成	<input type="checkbox"/> あり	加算別表7を作成すること	
	入所期間1月超の者が退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用	<input type="checkbox"/> 該当		
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て診療状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 実施		
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当		
	医師、看護職員、支援相談員、PT・OT、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> あり		指導記録等
入退所前連携加算(Ⅱ)	入所期間1月超の者が退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表7を作成すること	
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て診療状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 実施		
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当		
	医師、看護職員、支援相談員、PT・OT、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> あり		指導記録等

点検項目	点検事項	点検結果	備考
訪問看護指示加算	退所に当たり、施設の医師が診療に基づき訪問看護が必要であると認めた場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	本人の同意を得て指定訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に対し訪問看護指示書を交付	<input type="checkbox"/> 該当	訪問看護指示書(様式あり)
	訪問看護指示書の写しの診療録等への添付	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
協力医療機関連携加算	入所者の同意を得て、協力医療機関との間で病歴等の情報を共有する会議を定期的に(月1回以上。電子的システムにより入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合は年3回以上)開催し、会議の概要を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定単位について		
	① 協力医療機関が、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項第1号から第3号までに規定する要件を満たしている場合	<input type="checkbox"/> 1月50単位【令和7年4月1日から】	
② ①以外の場合	<input type="checkbox"/> 1月5単位		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
栄養マネジメント強化加算	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 (常勤の栄養士を1名以上配置し、栄養士が給食管理を行う場合は、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)	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表8を作成すること
	医師、管理栄養士等多職種が共同で栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)、施設サービス計画に包含可
	低栄養状態が中・高リスクに該当する場合		
	①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記載	<input type="checkbox"/> あり	
	②栄養ケア計画に基づき、管理栄養士が食事の観察を週3回以上行い、入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況等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	<input type="checkbox"/> 実施	
	③やむを得ず、介護職員等が食事の観察を行った場合、観察した結果について、管理栄養士へ報告	<input type="checkbox"/> あり	
	④食事の観察で問題点が見られた場合、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の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑤退所し、居宅で生活する場合、入所者又は家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を実施(他の介護保険施設や医療機関に入所・入院する場合は、栄養管理に関する情報を入所・入院先に提供)	<input type="checkbox"/> 実施	
	低リスク者に対し、食事の観察の際、問題が見られた場合、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の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて提出し、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 a 新規に栄養ケア計画の作成を行った日の属する月 b 栄養ケア計画の変更を行った日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養管理に係る減算を実施	<input type="checkbox"/> なし	
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当		

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

点検項目	点検事項	点検結果	備考	
経口維持加算(Ⅰ)	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表10を作成すること	
	現に経口により食事を摂取している者で、摂食機能障害を有し誤嚥が認められ（水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影又は内視鏡検査等による）、経口による食事摂取のための管理が必要との医師又は歯科医師の指示（ただし、歯科医師の指示の場合は指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合のみ）	<input type="checkbox"/> あり		
	医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、ST、介護支援専門員等による入所者の栄養管理のための食事の観察及び会議（テレビ電話等可）の開催	<input type="checkbox"/> 月1回以上		
	医師、管理栄養士等多職種が共同で経口維持計画の作成及び必要に応じて見直し	<input type="checkbox"/> あり		経口維持計画（参考様式）、施設サービス計画に包含可
	経口維持計画を入所者又は家族に説明して同意取得	<input type="checkbox"/> あり		
	経口維持計画に基づき、次の事項を踏まえた栄養管理を実施 a 誤嚥等が発生した場合の管理体制の整備 b 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮	<input type="checkbox"/> 実施		
	経口移行加算の算定	<input type="checkbox"/> なし		
	栄養管理に係る減算を実施	<input type="checkbox"/> なし		
経口維持加算(Ⅱ)	協力歯科医療機関の定め	<input type="checkbox"/> あり		
	経口維持加算(Ⅰ)の算定	<input type="checkbox"/> あり		
	「食事の観察及び会議」に医師（人員基準に規定する医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士、又はSTのいずれか1名以上の参加	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
口腔衛生管理加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の助言・指導に基づき、口腔衛生管理に係る計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔管理に係る実施計画書 (参考様式)
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、月2回以上の口腔衛生の管理を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士が、入所者の口腔清掃等について、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士が、介護職員からの相談等に必要に応じ対応している	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に医療保険の訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族に確認し、加算内容の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔衛生管理を行う歯科衛生士が、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容、口腔衛生管理の内容、介護職員への技術的助言・指導内容等を記録し、当該施設に提出	<input type="checkbox"/> 該当	口腔衛生管理加算様式(参考様式)
	上記実施記録を保管するとともに、必要に応じて写しを入所者に交付	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士は、入所者の口腔状態により医療保険対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるよう、指示を受けている歯科医師及び施設へ情報提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に訪問歯科衛生指導料を3回以上算定	<input type="checkbox"/> なし	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	(Ⅱ)を算定する場合		
	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとの口腔衛生管理の情報をLIFEを用いて提出し、口腔衛生管理の適切かつ有効な実施のために、必要な情報を活用 a 新規に口腔管理に係る実施計画書の作成を行った日の属する月 b 口腔管理に係る実施計画書の変更を行った日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考	
療養食加算	管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施		
	入所者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施	<input type="checkbox"/> 実施		
	1日につき3回を限度	<input type="checkbox"/> 該当		
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当		
	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> 該当		
	療養食の献立表の作成	<input type="checkbox"/> あり		
在宅復帰支援機能加算	介護療養型老健	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表11を作成すること	
	算定日の属する月の前6月間内の退所者総数のうち在宅で介護を受けることとなった者（入所期間1月超）の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当		
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、退所者の在宅生活が1月以上継続する見込みの確認及びその記録	<input type="checkbox"/> あり		
	入所者が在宅に退所するにあたり、入所者及び家族に対して退所後の居宅サービス等について在宅療養、機能訓練、家屋改善、介助方法等の相談援助を行い、必要に応じて入所者の同意を得て退所後居住地の市町村及び地域包括センター等に対し、入所者の介護状況を示す文書を添えて、居宅サービスに必要な情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当		
	算定根拠の書類を整備	<input type="checkbox"/> 該当		
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	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	<input type="checkbox"/> 該当		
	入所後1月以内に、入所者の処方内容を変更する可能性があることを主治医に説明し、合意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当		薬剤調整報告書（参考様式）、診療録
	入所前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬（頓服薬除く）が6種類以上処方されている入所者について、老健の医師と入所者の主治医が共同し、入所中に処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当		診療録
	入所中に処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種間で確認	<input type="checkbox"/> 該当		
	入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後1月以内に主治医に情報提供し、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> 該当		薬剤変更等に係る情報提供書（参考様式）・診療録等
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロの算定	<input type="checkbox"/> なし		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)口	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所中に処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種間で確認	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後1月以内に主治医に情報提供し、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> 該当	薬剤変更等に係る情報提供書(参考様式)・診療録等
	入所前に6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イの算定	<input type="checkbox"/> なし	
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又は口の算定	<input type="checkbox"/> あり	
	入所期間が3月以上と見込まれる入所者	<input type="checkbox"/> 該当	
	次に定める月の翌月10日までに、入所者の服薬情報等の情報をLIFEを用いて提出し、必要な情報を活用 a 施設に入所した日の属する月 b 処方内容に変更が生じた日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回 d 施設を退所する日の属する月	<input type="checkbox"/> 該当	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)の算定	<input type="checkbox"/> あり	
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	退所時において、内服薬の種類が、入所時と比べ継続して1種類以上減少している者	<input type="checkbox"/> 該当	
	合意した内容や調整の要点の記録	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
	緊急時治療管理	<input type="checkbox"/> 該当	
緊急時治療管理	入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一の利用者について月に1回、連続する3日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当	
特定治療	医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎又は慢性心不全の増悪により治療を必要とする状態となった入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む)を実施 (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、慢性心不全の増悪については原則注射又は酸素投与等の処置をした場合のみ算定)	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
	診断名、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	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
	当該療養費の算定開始の翌年度以降、当該施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一の入所者について月に1回、連続する7日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急時施設療養費を算定した日に当該加算を算定	<input type="checkbox"/> なし	
所定疾患施設療養費 (Ⅱ)	肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎又は慢性心不全の増悪により治療を必要とする状態となった入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む）を実施 （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、慢性心不全の増悪については原則注射又は酸素投与等の処置をした場合のみ算定）	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	診療録等
	当該療養費の算定開始の翌年度以降、当該施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が感染症対策に関する研修を受講	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一の入所者について月に1回、連続する10日まで算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急時施設療養費を算定した日に当該加算を算定	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	入所者総数のうち、日常生活自立度ランクⅢ以上の者（以下「対象者」という。）の占める割合（前3月の各月末時点の入所者数の平均）	<input type="checkbox"/> 50/100以上
	認知症介護に係る専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施（テレビ電話等可）	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）、認知症チームケア推進加算の算定	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	入所者総数のうち、日常生活自立度ランクⅢ以上の者（以下「対象者」という）の占める割合（前3月の各月末時点の入所者数の平均）	<input type="checkbox"/> 50/100以上	加算別表12を作成すること
	認知症介護に係る専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施（テレビ電話等可）	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等	<input type="checkbox"/> 実施	
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり	
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）、認知症チームケア推進加算の算定	<input type="checkbox"/> なし	
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	入所者総数のうち、日常生活自立度ランクⅡ以上の者（以下「対象者」という）の占める割合（前3月の各月末時点の入所者数の平均）	<input type="checkbox"/> 50/100以上	加算別表13を作成すること
	認知症介護指導者養成研修及び認知症チームケア推進研修を終了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを編成	<input type="checkbox"/> 該当	
	対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無・程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）、認知症専門ケア加算の算定	<input type="checkbox"/> なし	
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	入所者総数のうち、日常生活自立度ランクⅡ以上の者（以下「対象者」という）の占める割合（前3月の各月末時点の入所者数の平均）	<input type="checkbox"/> 50/100以上	加算別表13を作成すること
	対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無・程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症介護実践リーダー研修及び認知症チームケア推進研修を終了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを編成	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）、認知症専門ケア加算の算定	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	備考	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に施設入所が必要と医師が判断し、介護支援専門員と施設職員と連携し、入所者又は家族の同意を得て施設入所を開始	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表14を作成すること	
	退所に向けた施設サービス計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当		
	①病院、診療所に入院中の者、②介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設に入院中・入所中の者、③（短期利用）認知症対応型共同生活介護、地域密着型（短期利用）特定施設入居者生活介護、（短期利用）特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護を利用中の者が、直接、入所をしていない	<input type="checkbox"/> 該当		
	医師が判断した日又はその次の日に入所開始	<input type="checkbox"/> 該当		
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> あり		診療録等
	入所した日から7日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 該当		
	判断を行った医師名、日付、留意事項等を施設サービス計画に記録	<input type="checkbox"/> 該当		
	個室等の療養にふさわしい設備がある	<input type="checkbox"/> 該当		
	入所者は入所前1月の間に当該施設に入所したことがなく、当該加算（他サービス含む）を算定したことがない	<input type="checkbox"/> 該当		
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）（Ⅱ）	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとのリハビリテーション計画書をLIFEを用いて提出 a 新規にリハビリテーション計画書の作成を行った日の属する月 b リハビリテーション計画書の変更を行った日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書（参考様式）	
	提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	実施内容の評価（Check）は、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、その後はおおむね3月ごとに実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	（Ⅰ）を算定する場合			
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）、栄養マネジメント強化加算の算定	<input type="checkbox"/> あり		
	入所者ごとに、関係職種がリハビリテーション計画の内容等の情報、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、口腔の健康状態に関する情報、栄養状態に関する情報を相互に共有	<input type="checkbox"/> 該当		関係職種：医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者
	共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種の間で共有	<input type="checkbox"/> 該当		
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）の算定	<input type="checkbox"/> なし			

点検項目	点検事項	点検結果	備考	
褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	基本型・在宅強化型老健	<input type="checkbox"/> 該当	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(様式あり)	
	入所者全員を対象に、褥瘡発生の有無を確認するとともに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	既入所者は、市に体制届を提出した日の属する月に、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとの評価結果や計画に係る情報をLIFEを用いて提出し、褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために、必要な情報を活用 a 既入所者は、当該算定を開始しようとする月 b 新規入所者は、入所した日の属する月 c 評価を行った日の属する月(少なくとも3月に1回)	<input type="checkbox"/> 該当		
	褥瘡が認められた又は褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者について、関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり		褥瘡ケア計画(様式あり)、施設サービス計画に包含可
	褥瘡ケア計画について入所者又は家族からの同意	<input type="checkbox"/> あり		
	計画に基づき褥瘡管理を実施し、その内容や入所者の状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり		
	少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(Ⅱ)を算定する場合			
	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当		
施設入所時の評価の結果、褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、入所日の属する月の翌月以降の評価において、発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合(施設入所時に褥瘡があった入所者については、褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定可)	<input type="checkbox"/> 該当			
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定	<input type="checkbox"/> なし			

点検項目	点検事項	点検結果	備考
排せつ支援加算 (Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	入所者全員を対象に、医師又は医師と連携した看護師が、要介護状態の軽減の見込みについて評価	<input type="checkbox"/> 該当	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(様式あり)
	新規入所者は入所時に、既入所者は市に体制届を提出した日の属する月に、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を実施し、その後少なくとも3月に1回評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護師が上記評価をする場合、その内容について支援開始前に医師に報告(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)	<input type="checkbox"/> 該当	
	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとの評価結果や計画に係る情報をLIFEを用いて提出し、排せつ支援の適切かつ有効な実施のために、必要な情報を活用 a 既入所者は、当該算定を開始しようとする月 b 新規入所者は、入所した日の属する月 c 評価を行った日の属する月(少なくとも3月に1回)	<input type="checkbox"/> 該当	
	「排便コントロール」若しくは「排尿コントロール」が「一部介助」・「全介助」と評価される者又は、「おむつ」若しくは「尿道カテーテル」が「あり」の者で、適切な対応を行うことにより、これらの評価が改善することが見込まれる者等に対し、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同で、原因分析、支援計画の作成、継続支援を実施	<input type="checkbox"/> 該当	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(様式あり)施設サービス計画に包含可
	計画の作成に関与した者が、入所者又は家族に対し、排せつ状態、今後の見込み、支援の必要性、要因分析及び支援計画の内容を説明し、入所者等がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望している(支援開始後であっても、いつでも支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者等の理解と希望を確認している)	<input type="checkbox"/> 該当	
	少なくとも3月に1回、支援計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(Ⅱ)を算定する場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
次のいずれかに適合 ①施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合 ②おむつ使用ありからなしに改善した場合 ③尿道カテーテル留置から抜去となった場合	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
	(Ⅲ) を算定する場合		
	排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	次のいずれにも該当 ①施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合 ②おむつ使用ありからなしに改善した場合	<input type="checkbox"/> 該当	
自立支援促進加算	医師が、入所者全員を対象に、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも3月に1回評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当	自立支援促進に関する評価・支援計画書(様式あり)
	医学的評価の結果、自立支援の促進が必要とされた入所者ごとに、多職種が共同で支援計画を策定し、計画に従ったケアの実施(策定等には医師が参加していること)	<input type="checkbox"/> 該当	自立支援促進に関する評価・支援計画書(様式あり)
	支援計画について入所者又は家族からの同意	<input type="checkbox"/> あり	
	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとの医学的評価の結果や計画に係る情報をLIFEを用いて提出し、自立支援の適切かつ有効な実施のために、必要な情報を活用 a 既入所者は、当該算定を開始しようとする月 b 新規入所者は、入所した日の属する月 c 評価を行った日の属する月(少なくとも3月に1回)	<input type="checkbox"/> 該当	
	少なくとも3月に1回、支援計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症状況、その他心身の状況等の基本情報をLIFEを用いて提出 a 既入所者は、当該算定を開始しようとする月 b 新規入所者は、入所した日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回 d 退所する日の属する月	<input type="checkbox"/> 該当	
	提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、質の高いサービスの実施体制を構築	<input type="checkbox"/> 該当	
	必要に応じて、施設サービス計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	次に定める月の翌月10日までに、入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症状況、疾病、服薬状況、その他心身の状況等の基本情報をLIFEを用いて提出 a 既入所者は、当該算定を開始しようとする月 b 新規入所者は、入所した日の属する月 c a、bのほか、少なくとも3月に1回 d 退所する日の属する月	<input type="checkbox"/> 該当	
	提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、質の高いサービスの実施体制を構築	<input type="checkbox"/> 該当	
	必要に応じて、施設サービス計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
安全対策体制加算	次の基準に適合 a 事故発生防止のための指針の作成 b 事故の報告及びその分析を通じた改善策の職員への周知 c 事故発生防止のための委員会の開催及び従業員に対する研修の実施 d 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者の配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	上記担当者が安全対策に係る外部研修を受講	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設内に安全管理部門を設置し、事故防止の指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業員全員に行き渡るような体制を整備	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	協力医療機関等との間で感染症(新興感染症を除く)の発生時等の対応を取り決め、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応	<input type="checkbox"/> 該当	
	感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加し、その内容を施設における感染症の予防及びまん延の防止のための研修・訓練時に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受け、その内容を施設における感染症の予防及びまん延の防止のための研修・訓練時に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
新興感染症等施設療養費	厚生労働大臣が定める感染症に入所者が感染した場合に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護保健施設サービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月に1回、連続する5日を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する 方策を検討するための委員会（以下「委員会」という）で以下を検討し、 取組状況を確認 ①介護機器を活用する場合の利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/> 該当	生産性向上推進体制加算に関 する取組の実績報告書（様式 あり）
	業務の効率化、質の確保、職員の負担軽減に関する実績	<input type="checkbox"/> あり	
	複数種類の介護機器を活用	<input type="checkbox"/> 該当	
	委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及び質の 確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要 な取組を実施し、当該取組の実施を定期的に確認	<input type="checkbox"/> 該当	
	事業年度ごとに実績を厚生労働省に報告	<input type="checkbox"/> 該当	
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の算定	<input type="checkbox"/> なし	
	生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する 方策を検討するための委員会（以下「委員会」という）で以下を検討し、 取組状況を確認 ①介護機器を活用する場合の利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	
介護機器の活用		<input type="checkbox"/> 該当	
事業年度ごとに実績を厚生労働省に報告		<input type="checkbox"/> 該当	
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の算定		<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	次のいずれかに該当		加算別表15を作成すること
	①介護職員の総数のうち介護福祉士の割合	<input type="checkbox"/> 80/100以上	
	②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	<input type="checkbox"/> 35/100以上	
	提供する施設サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的とした取組を継続的に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合	<input type="checkbox"/> 60/100以上	加算別表15を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	次のいずれかに該当		加算別表15を作成すること
	①介護職員の総数のうち介護福祉士の割合	<input type="checkbox"/> 50/100以上	
	②看護・介護職員の総数のうち常勤職員の割合	<input type="checkbox"/> 75/100以上	
	③直接処遇職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の割合	<input type="checkbox"/> 30/100以上	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ） 【令和6年6月1日から】	新潟市介護保険課へ、体制等状況一覧表等を届出し、処遇改善計画書等も提出している	<input type="checkbox"/> 該当	
	実績の報告を定められた様式により作成の上、各事業年度における最終の加算の支払があった月の翌々月の末日までに、新潟市介護保険課に対して提出している【令和6年度実績報告書の提出期日は、令和7年3月分の加算の支払が令和7年5月であることから、通常の場合、令和7年7月31日】	<input type="checkbox"/> 該当	
	賃金改善は、ベースアップ（賃金表の改訂により基本給又は決まって毎月支払われる手当の額を変更し、賃金水準を一律に引き上げることをいう。）により行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該事業所における賃金改善を行う方法等について処遇改善計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても介護職員等に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	

加算別表1

介護老人保健施設(基本型・在宅強化型) 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況

【運営指導実施月の前々月までの状況】

A 在宅復帰率

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

A	在宅復帰・在宅療養支援等指標

- ※ 入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。
- ※ 居宅とは、病院、診療所及び介護保健施設を除くものである。
- ※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす。
- ※ 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。

B ベッド回転率

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

B	在宅復帰・在宅療養支援等指標

- ※ 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、このほかに、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。
- ※ 新規入所者とは、当該月に当該施設に入所した者をいう。当該施設を退所後、再入所した者も新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再入所した者は含まない。
- ※ 新規退所者とは、当該月に退所した者をいう。死亡した者及び医療機関へ退所した者も含む。当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再入所した者は、新規退所者に含まない。

C 入所前後訪問指導割合

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

C	在宅復帰・在宅療養支援等指標

- ※ 居宅を訪問し、入所中に達成すべき改善目標を定め、当該者及びその家族に当該目標を達成するための必要事項について指導を行い、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の数。
- ※ 退所後に当該者の自宅ではなく、ほかの社会福祉施設等に入所する場合であって、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者を含む。
- ※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再入所したのものについては、新規入所者数には算入しない。

加算別表1

D 退所前後訪問指導割合

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

D	在宅復帰・在宅療養支援等指標

※ 居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。
 ※ 退所後に当該者の自宅ではなく、ほかの社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合も含む。
 ※ 「C 入所前後訪問指導」と「D 退所前後訪問指導」の訪問を同一の日に行った場合、退所前後訪問指導を行った者の数には算入しない。
 ※ 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす。

E 居宅サービスの実施状況（提供実績ありの場合は“1”を記入）

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

E	在宅復帰・在宅療養支援等指標

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

F リハ専門職員の配置割合

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
理学療法士の勤務延時間数															
作業療法士の勤務延時間数															
言語聴覚士の勤務延時間数															
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
直近3月合計 ①				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法士等の勤務すべき時間数（月）															
直近3月合計 ②				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入所者数															
直近3月合計 ③				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日数															
直近3月合計 ④				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①/②③*④*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

F	在宅復帰・在宅療養支援等指標

※ 理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士をいう。
 ※ 1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。
 ※ 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

加算別表1

G 支援相談員の配置割合

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

※ 支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。
 ※ 1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。
 ※ 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

G	在宅復帰・在宅療養支援等指標
---	----------------

H 要介護4又は5の割合

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

H	在宅復帰・在宅療養支援等指標
---	----------------

I 喀痰吸引の実施割合

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

※ 喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。
 ※ 過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にとっては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は口腔衛生管理体制加算(令和2年度までの加算)の算定要件を満たしている者を含む。

I	在宅復帰・在宅療養支援等指標
---	----------------

加算別表1

J 経管栄養の実施割合

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

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

※ 過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するものを含む。

J	在宅復帰・ 在宅療養支 援等指標

合計	在宅復帰・ 在宅療養支 援等指標
	0

加算別表3

自己点検表(加算別表)

外泊時費用について

【運営指導実施月の前々月の状況】

○外泊者の状況

(年 月)

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

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

※2 「外泊場所」については、居宅、旅行による宿泊等を記入してください。

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

在宅サービスを利用したときの費用

【運営指導実施月の前々月の状況】

○外泊時在宅サービスを利用した入所者

(年 月)

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

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

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

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

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

加算別表4

自己点検表(加算別表)

ターミナルケア加算について

【運営指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

○ターミナルケアの状況

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

自己点検表(加算別表)

試行的退所時指導加算について

○試行的退所時指導加算を算定した入所者

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

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

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

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

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

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

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

自己点検表(加算別表)

入退所前連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)について

○入退所前連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定した入所者

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

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

※2 「居宅サービスの利用方針作成日」には、居宅介護支援事業者と連携し、居宅サービスの利用方針を作成した日を記入してください。(※入退所前連携加算(Ⅰ)を算定している場合のみ記入)

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

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

自己点検表(加算別表)

栄養マネジメント強化加算について

加算別表8

○人員要件

【運営指導実施月の前々月までの状況】

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
「管理栄養士」の総数(常勤換算)												
常勤の「栄養士」の人数												

※ 運営指導実施月の前々月を含む1年間の状況を記入してください。

平均入所者数	常勤の栄養士による 給食管理の有無

※1 「平均入所者数」は前年度(4月～3月)の延入所者数を前年度の日数で除して得た数を記入してください。

※2 「常勤の栄養士による給食管理の有無」には、当該栄養士が給食管理を行っている場合、「有」に○を、そうでない場合、「無」に○を記入してください。

○栄養マネジメント強化加算を算定した入所者

(年 月)

No.	入所者名	入所日	スクリー ニング	低栄養 状態の リスク レベル	栄養ケア計 画作成日	栄養ケア計画 の食事観察 時の確認事 項等の記載	栄養ケア計画 作成 担当者及び共同 作成者の職種名	栄養ケア計画 の入所者等 の同意取得 日	週3回以 上の食 事観察 の有無	栄養ケア 計画の 見直しの 有無	第2回 スクリー ニング	栄養ケア 計画の 見直しの 有無
1												
2												
3												
4												

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

※2 「スクリーニング」には、栄養スクリーニングを実施した日付を、「低栄養状態のリスクレベル」には「高」、「中」、「低」を選択してください。

※3 「栄養ケア計画の食事観察時の確認事項等の記載」には、栄養ケア計画に栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等が記載されていれば、「有」を、そうでない場合、「無」を選択してください。

※4 「週3回以上の食事観察の有無」には、管理栄養士等による食事の観察が行われている場合、「有」を、そうでない場合「無」を選択し、「栄養ケア計画の見直しの有無」については、食事観察で問題点が見られた場合に計画を見直しているかの有無について上段で、当該見直しに係る入所者等への説明の有無を下段で選択してください。

※5 「第2回スクリーニング」には、スクリーニングした日付を、「栄養ケア計画の見直しの有無」については、スクリーニング結果を受けておおむね3か月ごとに計画を見直しているかの有無について上段で、当該見直しに係る入所者等への説明の有無を下段で選択してください。

自己点検表(加算別表)

加算別表9

経口移行加算について

○経口移行加算を算定した入所者

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

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

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

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

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

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

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

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

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

自己点検表(加算別表)

経口維持加算(Ⅰ)、(Ⅱ)について

加算別表10

○経口維持加算を算定した入所者

入所者名	特別な食事摂取管理が必要な根拠		経口維持計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者等の同意日	栄養管理のための食事の観察及び会議の開催状況①		左記会議等の参加者の職種	人員基準に規定する医師以外の医師の参加の有無
	摂食障害の状況	誤嚥確認方法				食事の観察	会議		
	摂食障害の状況					食事の観察	・	・	
	誤嚥確認方法					会議	・	・	
	摂食障害の状況					食事の観察	・	・	
	誤嚥確認方法					会議	・	・	
	摂食障害の状況					食事の観察	・	・	
	誤嚥確認方法					会議	・	・	
	摂食障害の状況					食事の観察	・	・	
	誤嚥確認方法					会議	・	・	

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

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

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

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

○経口維持加算を算定した入所者の続き

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

自己点検表(加算別表)

在宅復帰支援機能加算について

加算別表11

【運営指導実施月の前々月までの状況】

(年 月)

○退所者数の推移

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

※1 その月において、入所期間が1月を超えていた退所者数を記入してください。

※2 加算を算定した日がある月に○を記入してください。

【運営指導実施月の前々月までの状況】

(年 月)

○在宅復帰者の状況

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

※1 運営指導実施月の前々月を含む1年間の状況を記入してください。

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

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

- a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退所する者の介助方法に関する相談援助

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

自己点検表(加算別表)

認知症専門ケア加算について

加算別表12

【運営指導実施月の前々月までの状況】

○日常生活に支障をきたすおそれ等のある認知症症状を有する入所者の状況等

(年 月)

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

※ 月末時点の状況を記入すること。

○認知症介護(の指導)に係る専門的な研修修了者

職員名	受講した研修名 及び受講年月日	認知症ケア の指導

○専門的な認知症ケアのチーム体制

※ 専門的な認知症ケアのチーム体制を記入してください。

--

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

○認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議

開催日	参加者	会議の内容

○認知症ケアに関する介護・看護職員ごとの研修計画

認知症ケアに係る研修計画の有無	
-----------------	--

自己点検表(加算別表)

加算別表13

認知症チームケア推進加算(I)(II)

【運営指導実施月の前々月までの状況】

○日常生活に支障をきたすおそれ等のある認知症症状を有する入所者の状況等

(年 月)

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
対象者数※ ①(②+③+④+⑤)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日常生活自立度Ⅱの入所者数 ②														
日常生活自立度Ⅲの入所者数 ③														
日常生活自立度Ⅳの入所者数 ④														
日常生活自立度Mの入所者数 ⑤														
入所者総数 ⑥														
対象者の割合 ①/⑥*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 月末時点の状況を記入すること。

○研修修了者

職員名	受講年月日		
	認知症介護指導者養成研 修	認知症チームケア推進研 修	認知症介護実践リーダー研 修

○チーム体制

※ 認知症の行動・心理症状に対応するチーム体制を記入してください。

自己点検表(加算別表)

認知症行動・心理症状緊急対応加算

加算別表14

【運営指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

○認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した利用者

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

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

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

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

※4 「入所者等の同意の有無」については、当該入所について入所者又は家族の同意がある場合は「有」を、ない場合は「無」を選択してください。

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

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

自己点検表(加算別表)

サービス提供体制強化加算

加算別表15

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

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

① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	介護職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0! (%)

※ 1 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 介護職員に係る常勤換算にあつては、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ない。

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

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

② サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	介護職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の人数(常勤換算)(常勤換算)												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0! (%)

※ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤務年数をいうものとする。具体的には、令和7年4月における勤務年数10年以上の者とは、令和7年3月31日時点で勤務年数が10年以上の者をいう。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

③ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	看護・介護職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち常勤職員の人数												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%)

④ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	直接サービスを提供する職員の総数(常勤換算)												
②	①のうち勤続年数7年以上の者の人数(常勤換算)												
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%)

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

※ 2 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤務年数をいうものとする。具体的には、令和7年4月における勤務年数7年以上の者とは、令和7年3月31日時点で勤務年数が7年以上の者をいう。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。