

短期入所療養介護費・介護老人保健施設・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	
特別療養費			
感染症対策指導管理	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を有し、体制が整備されている	<input type="checkbox"/>	該当
	施設内感染防止対策委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）が設置され、施設全体として常時感染対策をとっており、当該委員会が月に1回程度定期的に開催されている	<input type="checkbox"/>	該当
	施設内感染対策委員会は、当該施設の管理者、看護部門・薬剤部門・検査部門・事務部門の責任者、医師等の職員で構成されている	<input type="checkbox"/>	該当
	当該施設の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、レポートは施設内感染対策委員会において十分活用されている体制がとられている	<input type="checkbox"/>	該当
	各療養室の入り口に水道又は速乾式手洗い液（ウエルパス等）の消毒液が設置されている	<input type="checkbox"/>	該当
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	<input type="checkbox"/>	該当
	褥瘡対策に係る医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されている	<input type="checkbox"/>	該当
	日常生活自立度ランクB以上に該当する利用者等につき、褥瘡対策に関する診療計画を作成し、常時褥瘡対策を実施している	<input type="checkbox"/>	該当
	褥瘡対策に必要な体圧分散マットレス等を適切に選択し使用する体制が整っている	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
初期入所診療管理 (介護老人保健施設のみ)	医師・看護師等関係職員が共同して総合的な診療計画を策定し、入所者に対し文書により入所後2週間以内に説明を行い、入所者又はその家族の同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当
	入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明している	<input type="checkbox"/>	該当
	医師が病名等の説明に用いた文書を入所者又は家族等に交付し、その写しを診療録に貼付している	<input type="checkbox"/>	該当
	入所中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)を上限として算定している	<input type="checkbox"/>	該当
	同一施設内の医療保険適用病床又は介護保険適用病床から当該介護療養型老人保健施設又は当該医療機関若しくは介護療養型老人保健施設と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所したものは除いている。	<input type="checkbox"/>	該当
	過去3月間(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準におけるランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の場合は過去1月間)の間に、当該介護療養型老人保健施設に入所したことがない	<input type="checkbox"/>	該当
重度療養管理 (短期入所療養介護、介護老人保健施設共通)	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	<input type="checkbox"/>	該当
	請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載している。	<input type="checkbox"/>	該当
重度療養管理 (短期入所療養介護)	計画的な医学的管理を継続して実施している。当該医学的管理の内容を診療録に記載している。	<input type="checkbox"/>	該当
重度療養管理 (介護老人保健施設)	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。処置を行なった日、処置の内容等を診療録に記載している	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
特定施設管理	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、算定している	<input type="checkbox"/>	該当
特定施設管理 個室/2人部屋加算	個室又は2人部屋である（利用者又は入所者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除く。）	<input type="checkbox"/>	該当
重症皮膚潰瘍管理指導	褥瘡対策指導管理の基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	重症皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している利用者等に対して、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"/>	該当
	皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するか、治療内容等、診療録に記載されている	<input type="checkbox"/>	該当
薬剤管理指導	医療機関と併設する介護療養型老人保健施設（薬剤師数） 常勤換算方法で、2人から当該併設医療機関に基準上必要とされる数を減じて得た数以上	<input type="checkbox"/>	いずれかに該当
	医療機関と併設しない介護療養型老人保健施設（薬剤師数） 常勤換算方法で、1人以上		
	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ている	<input type="checkbox"/>	該当
	薬剤師は、利用者等ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む）を行い、薬剤師による服薬指導を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する	<input type="checkbox"/>	該当
	薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を利用者等に面接・聴取し、当該介護医療院及び可能な限り医療提供施設における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握している	<input type="checkbox"/>	該当
	医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	算定は、週1回、月4回まで（算定する日の間隔は6日以上）となっている	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
	薬剤管理指導記録は最後の記入の日から最低5年間保存している。	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
薬剤管理指導 特別薬剤管理指導加算	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、通常の薬剤管理指導に加えて当該薬剤の服用に関する注意事項に関し、必要な指導を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	薬剤管理指導記録に、麻薬に係る薬学的管理の内容、指導・相談事項等を記載している	<input type="checkbox"/>	該当
	指導を行なった場合は必要に応じ、要点を文書で医師に提供している	<input type="checkbox"/>	該当
	投薬された医薬品について、医薬品緊急安全性情報及び医薬品等安全性情報を知った際は、主治医に対し、当該情報を文書により提供している	<input type="checkbox"/>	該当
医学情報提供	利用者又は入所者の同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者又は入所者の診療状況を示す文書を添えて、利用者又は入所者又は紹介先の機関に交付し、交付した文書の写しを診療録に添付している	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者又は入所者に対して交付された診断書等であり、当該利用者又は入所者より自費を徴収していない、又は意見書の交付について公費で既に相応の評価が行われていない	<input type="checkbox"/>	該当
リハビリテーション通則	全ての利用者又は入所者のリハビリテーションの内容の要点及び実施時刻(開始時刻と実施時刻)の記録を診療録等に記載する。	<input type="checkbox"/>	該当
リハビリテーション指導管理 (介護老人保健施設)	当該施設において専従する従事する常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1人以上勤務すること。	<input type="checkbox"/>	該当
	医師の指導監督のもとで理学療法士又は作業療法士(又は言語聴覚士)による個別リハビリテーション(1対1で20分以上訓練)をおこなっていること	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
言語聴覚療法	専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務	<input type="checkbox"/>	該当
	言語聴覚療法を担当する医師(非常勤でよい)の指示の下に実施する	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であって、言語聴覚士と利用者等が1対1で20分以上訓練を実施している(1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定できる)	<input type="checkbox"/>	該当
	算定は、利用者又は入所者1人につき1日合計3回まで	<input type="checkbox"/>	該当
	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、11回目以降のものについては、70/100に減算している	<input type="checkbox"/>	該当
開始時及びその後3月に1回以上利用者又は入所者に対して実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載している	<input type="checkbox"/>	該当	
言語聴覚療法 リハビリテーション体制強化加算	専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置し、言語聴覚療法を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
摂食機能療法	利用者又は入所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	<input type="checkbox"/>	該当
	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"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
精神科作業療法	専従の作業療法士が1名以上いる	<input type="checkbox"/> 該当	
	1人の作業療法士が1人以上の助手とともに当該療法を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等の数は、作業療法士1人に対して、1日75人を標準としている	<input type="checkbox"/> 該当	
	実施時間は、利用者等1人当たり1日につき2時間を標準としている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	精神科作業療法を行うために必要な専用の器械・器具を具備している	<input type="checkbox"/> 該当	
	精神科を担当する医師の指示の下に実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	実施した要点を個々の利用者又は入所者の診療録に記載している	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症入所精神療法	治療計画を作成し、定期的に評価を行う等の計画的な医学的管理に基づいて実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定する（精神科を担当する医師が、必ず1人以上従事している）	<input type="checkbox"/> 該当	
	1回に概ね10人以内の利用者又は入所者を対象として、1時間を標準とし実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	実施した内容、要点、時刻等を診療録等に記載している	<input type="checkbox"/> 該当	
	1週間につき算定している	<input type="checkbox"/> 該当	