

## 302介護老人保健施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
<b>特別療養費</b>			
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、体制が整備されている	<input type="checkbox"/>	該当
	院内感染防止対策委員会が月に1回程度定期的開催されており、医師や看護師長など関係職員が出席している	<input type="checkbox"/>	該当
	検査部において感染情報レポートが週1回程度作成され、院内感染対策委員会において十分に活用されている体制がとられている	<input type="checkbox"/>	該当
	各病室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
	専任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	<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又は入所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"/>	該当
初期入所診療管理 (介護老人保健施設のみ)	関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、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を行う際には、入所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	<input type="checkbox"/>	該当
	算定は、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）までとなっている	<input type="checkbox"/>	該当
	同一施設内から入所した者は除いている	<input type="checkbox"/>	該当
	過去3月間当該介護療養型老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/>	該当
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	<input type="checkbox"/>	該当
	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、処置の内容等は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以外に算定していない	<input type="checkbox"/>	該当
	個室又は2人部屋である	<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"/>	該当
	皮膚潰瘍がSheaの分類いずれに該当か(Ⅲ以上)、治療内容等、診療録に記載	<input type="checkbox"/>	該当
薬剤管理指導	医療機関に常勤の薬剤師が2人以上配置されている	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	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
	患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には必要な事項が記載されている	<input type="checkbox"/>	該当
	算定は、週1回、月4回までとなっている	<input type="checkbox"/>	該当
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、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"/>	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	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
医学情報提供	病院又は診療所に対して紹介を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	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、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"/>	該当
リハビリテーション通則	実施内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録に記載している	<input type="checkbox"/>	該当
リハビリテーション指導管理	専従する常勤理学療法士又は常勤作業療法士（又は常勤言語聴覚士）が1人以上勤務している	<input type="checkbox"/>	該当
	理学療法士又は作業療法士（又は言語聴覚士）と利用者又は入所者が1対1で20分以上訓練を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
言語聴覚療法	専任の常勤医師が1名以上、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務している	<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
	言語聴覚療法を個別に20分以上実施している	<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、70/100に減算している	<input type="checkbox"/>	該当
	開始時及びその後3ヶ月に1回以上患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名以上配置したときのみ算定している	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
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
	摂食機能療法は利用者又は入所者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
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
	利用者又は入所者数は、作業療法士1人に対して、1日75人を標準としている	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者又は入所者一人当たり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
認知症老人入所精神療法	1週間につき算定している	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	精神科担当医師及び臨床心理技術者等合計2人の従事者が行なった場合に算定	<input type="checkbox"/>	該当
	1回に概ね10人以内の利用者又は入所者に、1時間を標準として実施	<input type="checkbox"/>	該当
	実施した内容、要点、時刻等を診療録等に記載	<input type="checkbox"/>	該当