実地検査指導事項票　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護（運営管理）

検 査 日　：令和　　年(　　年)　月　日（　）．　法人名称：　　．

事業所名称：　　．

検査員所属：　八王子市 福祉部 指導監査課 介護・高齢担当　．

検査員氏名：　　．

【注意事項】

1　この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が指導当日に遵守されていないと認めた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。

2　下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。

3　後日通知する「指導結果」により、文書で改善を指示しなかった事項が、口頭での指導事項に該当します。この口頭での指導事項についても、改善を図ってください。

4　今後、精査・確認等により、後日、この指導事項票を差し替えることがあります。

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
Ⅰ　人員に関する基準				
		1　介護従業者の員数		
		（1）夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯		
		① 共同生活住居ごとに、常勤換算方法で、利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上確保されているか。		
		② 常に介護従業者が１人以上確保されているか。		
		（2）　夜間及び深夜の時間帯		
		共同生活住居ごとに、１以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務（宿直勤務を除く）を行わせるために必要な数以上となっているか。 なお、共同生活住居の数が３である場合において、すべて同一の階において隣接し、利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、利用者の安全性が確保されていると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて２以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務（宿直勤務を除く）を行わせるために必要な数以上とすることができる。		
		（3）　常勤		
		従業者のうち１人以上の者は、常勤か。		
		2　計画作成担当者		
		（1）　事業所ごとに配置しているか。		
		（2）　介護支援専門員（１人）を充てているか。		
		（3）　他の職務を兼務している場合、兼務は適切か。（当該事業所）		
		（4）　認知症介護実践者研修又は基礎課程を修了しているか。		
		3　管理者		
		（1）　共同生活住居ごとに常勤者を配置しているか。※常勤専従		
		（2）　他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。		
		（3）　必要な知識及び経験を有しているか。		
		（4）　認知症対応型サービス事業管理者研修を修了しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
Ⅱ　設備に関する基準				
		1　設備及び備品等		
		（1）指定申請時（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。		
		（2）使用目的に沿って使われているか。		
		その他の指導内容等		
Ⅲ　運営に関する基準				
		1　内容及び手続の説明及び同意		
		（1）重要事項説明書の内容は適切か。		
		（2）運営規程との相違はないか。		
		2　利用料等の受領		
		（1）利用者からの費用徴収は適切に行われているか。		
		（2）領収書を発行しているか。		
		3　認知症対応型共同生活介護の取扱方針		
		（1）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。		
		（2）身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。		
		（3）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（年２回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず研修を実施しているか。		
		（4）自ら提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者又は運営推進会議による評価を受け、結果を公表しているか。		
		4　緊急時等の対応		
		緊急時において、速やかに主治の医師又は協力医療機関に連絡しているか。		
		5　運営規程		
		（1）必要な項目は規定されているか。		
		（2）規程の内容は適切か。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		6　勤務体制の確保等		
		（1）月ごとの勤務表を作成しているか。		
		① 共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にしているか。		
		② 利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視しているか。		
		（2）雇用契約等を締結しているか。		
		（3）資質向上のために研修等の機会を確保しているか。		
		（4）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。		
		（5）セクハラ及びパワハラを防止するため、方針の明確化等（周知・啓発・相談）の必要な措置を講じているか。		
		7　定員の遵守		
		入居定員及び居室の定員を超えていないか。		
		8　業務継続計画の策定等		
		（1）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。		
		（2）従業者に対して計画を周知しているか。		
		（3）業務継続計画に係る研修について。		
		①　定期的（年２回以上）に実施しているか。		
		②　新規採用時に実施しているか。		
		③　研修の内容を記録しているか。		
		（4）業務継続計画に係る訓練について。		
		①　定期的（年２回以上）に実施しているか。		
		②　訓練の内容を記録しているか。		
		（5）計画の見直しを行っているか。		
		9　非常災害対策		
		（1）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。		
		（2）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。		
		（3）避難・救出等の訓練を定期的に実施しているか。		
		（4）訓練の実施に当たって、運営推進会議を活用し、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１０　衛生管理等		
		（１）感染症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６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知しているか。		
		（２）感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。		
		（３）感染症の予防及びまん延の防止のための研修について。		
		①　定期的（年２回以上）に実施しているか。		
		②　新規採用時に実施しているか。		
		③　研修の内容を記録しているか。		
		（４）感染症の予防及びまん延の防止のための訓練について。		
		①　定期的（年２回以上）に実施しているか。		
		②　訓練の内容を記録しているか。		
		１１　秘密保持等		
		退職者を含む従業者が、利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。		
		１２　広告		
		広告は虚偽又は誇大となっていないか。		
		１３　苦情処理		
		（１）相談窓口、苦情処理の体制及び手順等を文書により説明するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載しているか。		
		（２）苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保存しているか。		
		１４　地域との連携等		
		（１）運営推進会議をおおむね２月に１回以上、開催しているか。		
		（２）運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けているか。		
		（３）運営推進会議で挙がった要望や助言が記録されているか。		
		（４）運営推進会議の会議録が公表されているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１５　事故発生時の対応		
		（１）市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡（報告）しているか。		
		（２）事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか。		
		（３）損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っているか。		
		１６　虐待の防止		
		（１）虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、従業者に周知しているか。		
		（２）虐待の発生・再発防止の指針を整備しているか。		
		（３）虐待防止の研修を実施しているか。		
		①　定期的に（年２回以上）実施しているか。		
		②　新規採用時に必ず実施しているか。		
		③　研修の内容を記録しているか。		
		（４）上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。		
		１７　介護現場の生産性の向上　※令和９年３月３１日まで努力義務		
		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を定期的に開催しているか。		
Ⅳ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　所定単位数の算定の取扱い		
		（１）夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の97/100に相当する単位数を算定しているか。		
		（２）利用者の数又は従業者の員数が定員超過又は人員基準欠如に該当する場合は、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定しているか。		
		２　身体拘束廃止未実施減算		
		以下の措置を講じていない場合は、所定単位数の10/100に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。		
		（１）身体的拘束等の適正化対策検討委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図っているか。		
		（２）身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。		
		（３）身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に（年２回以上）開催するとともに、新規採用時に実施しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		３　高齢者虐待防止措置未実施減算		
		以下の措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算しているか。		
		（１）虐待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従業者への周知		
		（２）虐待防止のための指針の整備		
		（３）虐待防止のための研修の定期的な実施（年２回以上）		
		（４）上記措置を適切に実施するための担当者設置		
		４　業務継続計画未策定減算		
		以下の基準に適合していない場合、所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算しているか。		
		（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定している。		
		（２）当該業務継続計画に従い必要な措置を講じている。		
		※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。		
		５　共同生活住居の数が３である事業所		
		夜勤職員を２人以上３人未満とする場合に、利用者に対して、所定単位数から１日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定しているか。		
		６　夜間支援体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）夜間支援体制加算（Ⅰ）		
		①定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		②認知症対応型共同生活介護費イ（１）又はロ(１)を算定しているか。		
		③夜間及び深夜の時間帯を通じて１の介護従業者を配置している場合に、それに加えて常勤換算方法で１以上の介護従業者又は１以上の宿直勤務に当たる者（次のいずれにも適合する場合にあっては０．９を加えた数以上）を配置しているか。		
		ア　夜勤時間帯を通じて、利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置している。		
		イ　「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」（３月に１回以上行う）において、必要な検討等が行われている（テレビ電話装置等を活用する場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省のガイダンス、厚生労働省のガイドラインを遵守していること。）。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		④全ての開所日において、夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っているか。		
		（２）夜間支援体制加算（Ⅱ）		
		①（１）の①、③の要件を満たしているか。		
		②認知症対応型共同生活介護費イ（２）又はロ（２）を算定しているか。		
		７　協力医療機関連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）利用者の同意を得ているか。		
		（２）当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的（概ね月に１回以上）に開催しているか。又は、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の利用者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催しているか。		
		（３）テレビ電話装置等での会議の場合、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。		
		（４）会議の開催状況について、その概要を記録しているか。		
		（５）医療連携体制加算を算定していること。		
		（６）協力医療機関連携加算（Ⅰ）		
		①地域密着型サービス基準第105条第3項に規定する届出として、当該要件を満たす医療機関の情報を市に届け出ているか。		
		② 利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保しているか。		
		③ 事業者からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保しているか。		
		（７）協力医療機関連携加算（Ⅱ）		
		（６）②、③以外の場合か。		
		８　医療連携体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ） ※ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ・ロ・ハ は併算定不可		
		（１）医療連携体制加算（Ⅰ）イ		
		①　事業所の職員として看護師を常勤換算方法で１名以上配置しているか。		
		②　事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、２４時間連絡ができる体制を確保しているか。		
		③　重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に説明し、同意を得ているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（２）医療連携体制加算（Ⅰ）ロ		
		①　事業所の職員として看護職員を常勤換算で１名以上配置しているか。		
		②　事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、２４時間連絡ができる体制を確保しているか。ただし、①により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、２４時間連絡できる体制を確保しているか。		
		③　重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に説明し、同意を得ているか。		
		（３）医療連携体制加算（Ⅰ）ハ		
		①　事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を１名以上確保しているか。		
		②　看護師により２４時間連絡ができる体制を確保しているか。		
		③　重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に説明し、同意を得ているか。		
		（４）医療連携体制加算（Ⅱ）		
		①　医療連携体制加算（Ⅰ）のいずれかを算定しているか。		
		②　算定日が属する月の前３月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が１人以上であるか。		
		ア　喀痰吸引を実施している状態		
		イ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態		
		ウ　中心静脈注射を実施している状態		
		エ　人工腎臓を実施している状態		
		オ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態		
		カ　人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態		
		キ　経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態		
		ク　褥瘡に対する治療を実施している状態		
		ケ　気管切開が行われている状態		
		コ　留置カテーテルを使用している状態		
		サ　インスリン注射を実施している状態		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		９　認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ） ※認知症チームケア推進加算を算定している場合においては算定不可		
		（１）認知症専門ケア加算（Ⅰ）		
		①利用者総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が１/２以上であるか。		
		②認知症介護に係る専門研修修了者を対象者の数が20人未満である場合にあっては１以上、20人以上である場合にあっては１に対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか。		
		③従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催しているか。		
		（２）認知症専門ケア加算（Ⅱ）		
		①（１）の基準のいずれにも適合しているか。		
		②認知症介護の指導に係る専門研修修了者を１名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。		
		③介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定しているか。		
		１０　認知症チームケア推進加算（Ⅰ）、（Ⅱ） ※認知症専門ケア加算を算定している場合においては、算定不可		
		（１）認知症チームケア推進加算（Ⅰ） ①事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅱ以上）の占める割合が2分の1以上であるか。		
		②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者養成研修）を修了している者、かつ、認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修（認知症チームケア推進研修）を修了した者を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組んでいるか。		
		③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、その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しているか。		
		④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・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（２）認知症チームケア推進加算（Ⅱ）		
		①（１）の①、③及び④に掲げる基準に適合しているか。		
		②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修、かつ、認知症チームケア推進研修）を修了している者を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組んでいるか。		
		１１　栄養管理体制加算		
		（１）管理栄養士（従業者以外の管理栄養士を含む）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っているか。		
		（２）定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		１２　口腔衛生管理体制加算		
		（１）歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っているか。		
		（２）歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成しているか。		
		（３）定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		１３　科学的介護推進体制加算		
		（１）利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を（少なくとも3月に1回）、LIFEを用いて厚生労働省に提出しているか。		
		（２）（１）に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。		
		１４　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）		
		①感染症法第6条第17項に規定する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しているか。		
		②協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、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しているか。		
		③診療報酬における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又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加しているか。		
		（２）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）		
		診療報酬における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感染制御等に係る実地指導を受けているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１５　新興感染症等施設療養費		
		（１）利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に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し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行っているか。		
		（２）1月に1回、連続する5日を限度として算定しているか。		
		１６　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）生産性向上推進体制加算（Ⅰ）		
		次のいずれにも適合すること。		
		①　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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認しているか。		
		ア　介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保		
		イ　職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮		
		ウ　介護機器の定期的な点検		
		エ　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		
		②　①の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があるか。		
		③　介護機器を複数種類活用しているか。		
		④　①の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの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、及び当該取組の実施を定期的に確認しているか。		
		⑤　事業年度ごとに①、③及び④の取組に関する実績を厚生労働省に報告しているか。		
		（２）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		
		①　（１）①に適合しているか。		
		②　介護機器を活用しているか。		
		③　事業年度ごとに②及び（１）①の取組に関する実績を厚生労働省に報告しているか。		
		１７　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
		（１）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
		①　次のいずれかに適合しているか。		
		ア　介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70/100以上か。		
		イ　介護職員総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25/100以上か。		
		②　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（２）サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次のいずれにも適合しているか。		
		①　介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が60/100以上か。		
		②　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		（３）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		
		次のいずれにも適合しているか。 ①　次のいずれかに適合しているか。		
		ア　介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50/100以上か。		
		イ　看護・介護職員総数のうち、常勤職員の占める割合が75/100以上か。		
		ウ　利用者に直接サービス提供する職員総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が30/100以上か。		
		②　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		１８　介護職員等処遇改善加算　（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）		
		基準に適合しているか。		
		その他の指導内容等		

※　「介護給付費の算定及び取扱い」において、後日送付する実地検査結果通知の指摘事項となったものは、介護報酬の返還となる場合があります。この場合、返還の対象は、実地検査当日に市が確認した事例に限らず、全ての該当者を自主点検した結果のものとなります。

実地検査指導事項票　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護（サービス）

検 査 日　：令和　　年(　　年)　月　日（　）．　法人名称：　　．

事業所名称：　　．

検査員所属：　八王子市 福祉部 指導監査課 介護・高齢担当　　．

検査員氏名：　　．

【注意事項】

1　この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が指導当日に遵守されていないと認めた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。

2　下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。

3　後日通知する「指導結果」により、文書で改善を指示しなかった事項が、口頭での指導事項に該当します。この口頭での指導事項についても、改善を図ってください。

4　今後、精査・確認等により、後日、この指導事項票を差し替えることがあります。

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
Ⅰ　運営に関する基準				
		1　内容及び手続の説明及び同意		
		サービス提供の開始前に、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、文書により同意を得ているか。		
		2　受給資格等の確認		
		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。		
		3　入退居		
		（1）入居に際し、主治医の診断書等により認知症の状態の者であることを確認しているか。		
		（2）入居に際し、その者の心身の状況、生活歴、病歴等を把握しているか。		
		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、提供したサービスの内容、利用者の状況、その他必要な事項）を記録しているか。		
		5　認知症対応型共同生活介護の取扱方針		
		（1）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。		
		（2）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。		
		（3）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。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		6　認知症対応型共同生活介護計画の作成		
		（1） 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた内容か。		
		（2） 介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を定めているか。		
		（3） 内容について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。		
		（4） 認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行っているか。		
		（5） 必要に応じて、計画の変更を行っているか。		
		7　介護等		
		（1）利用者の負担により、当該共同生活住居の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。ただし、事業者の負担により、通所介護等のサービスを利用することは差し支えない。		
		（2）原則として、利用者と介護従業者が共同で食事、家事、園芸その他の行事等を行うように努めているか。		
		8　秘密保持		
		個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を、あらかじめ文書により得ているか。		
		その他の指導内容等		
Ⅱ　介護給付費の算定及び取扱い				
		1　身体拘束廃止未実施減算		
		次のことを満たさない場合に、所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算しているか。		
		（1）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。		
		（2）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。		
		（3）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。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		2　認知症行動・心理症状緊急対応加算		
		（1） 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急に短期利用が必要であると医師が判断しているか。		
		（2） 判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しているか。		
		（3） 入居開始日から起算して7日を限度として算定しているか。		
		3　若年性認知症利用者受入加算 ※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定不可		
		（1） 若年性認知症利用者であるか。		
		（2） 利用者ごとに個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供しているか。		
		4　看取り介護加算		
		（1）看取りに関する指針を定め、入居の際に利用者又はその家族等に説明し、同意を得ているか。		
		（2）医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種のものによる協議の上、看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針を見直しているか。		
		（3）看取りに関する職員研修を行っているか。		
		（4）医療連携体制加算を算定しているか。		
		（5）医師が回復の見込みがないと診断した者であるか。		
		（6）医師等が共同して介護計画を作成し、その内容に応じた適当な医師等が利用者等に説明し、その同意を得ているか。		
		（7）利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、医師等の連携の下、利用者の記録を活用して行われる介護について説明し、同意を得ているか。		
		5　初期加算		
		（1）当該利用者が過去３月間（但し、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭ に該当する者の場合は過去１月間）の間に、当該事業所に入居したことがないか。		
		（2）短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合（短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を終了した翌日に当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合を含む）については、初期加算は入居直前の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数か。		
		（3）（1）にかかわらず、３０日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合か。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		6　退居時情報提供加算		
		（１）利用者の同意を得ているか。		
		（２）必要な事項を記載した文書を当該医療機関に交付しているか。		
		（３）交付した文書の写しを介護記録等に添付しているか。		
		（４）当該医療機関に過去1か月以内に再入院していないか。		
		7　退居時相談援助加算		
		（１）利用期間が１月を超える利用者の退居時に、当該利用者及び家族等に対し、退居後の居宅サービス、地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行っているか。		
		（２）利用者の同意を得て、退居後２週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市区町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて必要な情報提供しているか。		
		8　生活機能向上連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		（１）　生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
		①　計画作成担当者は、訪問リハ事業所、通所リハ事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、生活機能アセスメントを行ったうえで、認知症対応型共同生活介護計画を作成しているか。 また、助言の内容を認知症対応型共同生活介護計画に記載しているか。		
		②　認知症対応型共同生活介護計画に、利用者の有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標及び提供する介護の内容を定めているか。		
		③　認知症対応型共同生活介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、以下の内容が記載されているか。		
		⒜ 利用者が可能な限り自立して行おうとする行為の内容		
		⒝ ⒜について定めた３月を目途とする達成目標		
		⒞ ⒝の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標		
		⒟ ⒝⒞の目標を達成するために介護従事者が行う介助等の内容		
		④　③の⒝及び⒞の達成目標について、利用者が達成度合いを客観視でき、意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定しているか。		
		⑤　理学療法士等の助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直しているか。		
		⑥　３月経過後、目標達成度合いを利用者及び理学療法士等に報告しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（２） 生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
		① 生活機能向上連携加算（Ⅰ）の要件を満たしているか。		
		② 理学療法士等が、指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、当該事業所の計画作成担当者と共同して生活機能アセスメントを行い、認知症対応型共同生活介護計画を作成しているか。		
		③ ３月を超えて本加算を算定する場合は、再度②の生活機能アセスメントに基づき、認知症対応型共同生活介護計画を見直しているか。		
		④ 各月の目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び認知症対応型共同生活介護計画の達成目標（（１）③（b））を踏まえた適切な対応を行っているか。		
		９　口腔・栄養スクリーニング加算		
		（１）利用開始時及び６月ごとに利用者の口腔の健康状態を確認し、当該利用者の口腔の健康状態に関する以下の情報（利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。		
		① 開口ができない者 ② 歯の汚れがある者 ③ 舌の汚れがある者 ④ 歯肉の腫れ、出血がある者 ⑤ 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができない者 ⑥ むせがある者 ⑦ ぶくぶくうがいができない者 ※ ⑧ 食物のため込み、残留がある者 ※ ※ 利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行っているか。		
		（２）利用開始時及び６月ごとに利用者の栄養状態を確認し、当該利用者の栄養状態に関する以下の情報（利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。		
		① BMIが18.5未満である者 ② 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等 ③ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④ 食事摂取量が不良（75%以下）である者		
		（３）定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。		
		（４）利用者について、当該事業所以外で口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目		確認欄	備　考
		その他の指導内容等			

※　「介護給付費の算定及び取扱い」において、後日送付する実地検査結果通知の指摘事項となったものは、介護報酬の返還となる場合があります。この場合、返還の対象は、実地検査当日に市が確認した事例に限らず、全ての該当者を自主点検した結果のものとなります。

※指導事項は✓印を付す