

実地検査指導事項票

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（運営）

検査日：令和 年（ 年） 月 日（ ）， 事業者名称： _____

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、検査員が検査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「検査結果」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。口頭での指導事項についても改善を図ってください。
- 4

今後の精査・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 医師			
		入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数か。			
		2 生活相談員			
		(1) 1以上か。			
		(2) 常勤か。※サテライト型居住施設（本体施設が介護老人福祉施設等）の生活相談員は、常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えない。また、本体施設の生活相談員又は支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われると認められるときは、サテライト型居住施設の生活相談員を置かないことができる。			
		(3) 必要な資格※を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者か。※社会福祉主事任用資格、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等			
		3 介護職員又は看護職員（看護師又は准看護師）			
		(1) 総数は、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以上か。			
		(2) 看護職員の数、1以上か。			
		(3) 介護職員のうち、1人以上は、常勤の者か。			
		(4) 看護職員のうち、1人以上は、常勤の者か。※サテライト型居住施設にあっては、常勤換算方法で1以上か。			
		4 栄養士又は管理栄養士			
		1以上か。※隣接の他の社会福祉施設や病院等の栄養士又は管理栄養士との兼務や地域の栄養指導員との連携を図ることにより、適切な栄養管理が行われている場合は置かないことができる。また、サテライト型居住施設の場合は、生活相談員と同様の取扱いが可能。			

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		5 機能訓練指導員		
		(1) 1以上か。※当該施設の他の職務に従事可能。また、サテライト型居住施設の場合は、生活相談員と同様の取扱いが可能。		
		(2) 機能訓練指導員として必要な資格を有しているか。		
		6 介護支援専門員		
		(1) 1以上か。※サテライト型居住施設の場合は、生活相談員と同様の取扱いが可能。		
		(2) 常勤専従か。※入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可能。この場合、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を兼務に係る勤務時間として算入することができる。なお、増員に係る非常勤の介護支援専門員を除き、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められない。また、サテライト型居住施設の場合は、生活相談員と同様の取扱いが可能。		
		(その他指導事項等)		
II 設備に関する基準				
		1 設備		
		(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。		
		(その他指導事項等)		
III 運営に関する基準				
		1 内容及び手続きの説明及び同意		
		(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) 入所者から費用徴収を適切に行っているか。		
		(2) 領収書を発行しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		3 取扱方針（身体拘束等の適正化）		
		（１）身体的拘束等適正化検討委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員等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について。		
		① 定期的に（年２回以上）実施しているか。		
		② 新規採用時に実施しているか。		
		③ 実施内容を記録しているか。		
		4 緊急時等の対応		
		（１）当該施設に配置している医師及び協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めているか。		
		（２）当該対応方法を、年１回以上、見直しているか。		
		5 管理者による管理		
		（１）常勤専従か。		
		（２）他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。		
		6 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。		
		7 勤務体制の確保等		
		（１）月ごとに勤務表を作成しているか。		
		従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。		
		（２）雇用契約等を締結しているか。		
		（３）入所者の処遇に直接影響する業務を委託していないか。		
		（４）資質向上のための研修等の機会を確保しているか。		
		（５）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。		
		（６）セクハラ及びパワハラを防止するための方針の明確化等（周知・啓発、相談）の必要な措置を講じているか。		
		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）を策定しているか。		
		（２）介護職員等に対し、計画について周知しているか。		
		（３）業務継続計画に係る研修について。		
		① 定期的に（年２回以上）実施しているか。		
		② 新規採用時に実施しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		③ 実施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 定期的に（年2回以上）実施しているか。		
		② 実施内容を記録しているか。		
		(5) 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。		
		9 定員の遵守		
		入所定員及び居室の定員を超えて入所させていないか。		
		10 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を策定しているか。		
		(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備しているか。		
		(3) 上記の事柄を定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。		
		11 衛生管理等		
		(1) 感染対策委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員等に周知徹底を図っているか。		
		(2) 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か。		
		(3) 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について。		
		① 定期的に（年2回以上）実施しているか。		
		② 新規採用時に実施しているか。		
		③ 実施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 定期的に（年2回以上）実施しているか。		
		② 実施内容を記録しているか。		
		12 秘密保持		
		退職者を含む従業員が、入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じているか。		
		13 広告		
		虚偽又は誇大となっていないか。		
		14 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、施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(2) 苦情内容等を記録し、保管しているか。		
		1 5 地域との連携等（運営推進会議）		
		(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) 運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けているか。		
		(3) 運営推進会議における報告、評価、要望、助言等の記録を作成するとともに、当該記録を公表しているか。		
		1 6 事故発生の防止及び発生時の対応		
		(1) 事故発生の防止のための指針を整備しているか。		
		(2) 事故の報告及びその分析を通じた改善策に従業者に対する周知徹底する体制を整備しているか。		
		(3) 事故防止検討委員会を定期的に開催しているか。		
		(4) 事故発生の防止のための研修について。		
		① 定期的に（年2回以上）実施しているか。		
		② 新規採用時に実施しているか。		
		③ 実施内容を記録しているか。		
		(5) 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選任しているか。		
		(6) 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（報告）しているか。		
		(7) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。		
		(8) 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。		
		1 7 虐待の防止		
		(1) 虐待防止検討委員会を定期的に開催するとともに、介護職員等に周知徹底を図っているか。		
		(2) 虐待の防止のための指針を整備しているか。		
		(3) 虐待の防止のための研修について。		
		① 定期的に（年2回以上）実施しているか。		
		② 新規採用時に実施しているか。		
		③ 実施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選任しているか。		
		1 8 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		
		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か。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
IV 介護給付費の算定及び取扱い			
	1 所定単位数		
	(1) 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たしていない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定しているか。		
	(2) 入所者の定員超過又は介護職員、看護職員若しくは介護支援専門員の人員欠如の場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。		
	2 ユニットにおける職員に係る減算 ※ユニット型		
	次に掲げる基準を満たしていない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定しているか。		
	(1) 日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。		
	(2) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。		
	3 身体拘束廃止未実施減算		
	次に掲げる基準を満たしていない場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。		
	(1) 身体的拘束等適正化検討委員会の3月に1回以上の開催		
	(2) 身体的拘束等の適正化のための指針の整備		
	(3) 身体的拘束等の適正化のための研修の定期的な実施		
	4 安全管理体制未実施減算		
	次に掲げる基準を満たしていない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算しているか。		
	(1) 事故発生の防止のための指針の整備		
	(2) 事故の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底		
	(3) 事故防止検討委員会の定期的開催		
	(4) 事故発生の防止のための研修の定期的実施（年2回以上）		
	(5) 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者の選任		
	5 高齢者虐待防止措置未実施減算		
	次に掲げる基準を満たしていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。		
	(1) 虐待防止検討委員会の定期的な開催		
	(2) 虐待の防止のための指針の整備		
	(3) 虐待の防止のための研修の定期的実施（年2回以上）		
	(4) 上記の措置を適切に実施するための担当者の選任		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		6 業務継続計画未策定減算		
		次に掲げる基準を満たしていない場合は、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。		
		(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。		
		7 栄養管理に係る減算		
		(1) 次に掲げる基準を満たしていない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算しているか。		
		(2) 栄養士又は管理栄養士を1以上置いているか。 ※ 隣接の他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより当該施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、栄養士又は管理栄養士を置かないことができる。		
		8 日常生活継続支援加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		(1) 日常生活継続支援加算（Ⅰ）		
		① 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		② 次のいずれかに該当しているか。		
		a 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上であるか。		
		b 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が100分の65以上であるか。		
		c 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上であるか。		
		③ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であるか。ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であるか。		
		a 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する介護機器を複数種類使用していること。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。		
		c 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、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設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。		
		i 入所者の安全及びケアの質の確保		
		ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮		
		iii 介護機器の定期的な点検		
		iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修		
		④ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。		
		(2) 日常生活継続支援加算(Ⅱ)		
		① ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		② (1)の②から④までに該当するものであるか。		
		9 看護体制加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ		
		(1) 看護体制加算(Ⅰ)イ		
		① 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		② 常勤の看護師を1名以上配置しているか。		
		③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		(2) 看護体制加算(Ⅰ)ロ		
		① 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		② (1)②及び③に該当するものであるか。		
		(3) 看護体制加算(Ⅱ)イ		
		① (1)①に該当するものであるか。		
		② 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置しているか。		
		③ 当該施設の看護職員により、又は、病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保しているか。		
		④ (1)③に該当するものであるか。		
		(4) 看護体制加算(Ⅱ)ロ		
		① (2)①に該当するものであるか。		
		② (3)②から④までに該当するものであるか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		10 夜勤職員配置加算 (Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ、(Ⅲ)イ、(Ⅲ)ロ、(Ⅳ)イ、(Ⅳ)ロ		
		夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に、次の区分に応じて算定しているか。ただし、次のa又はbに掲げる場合は、当該a又はbに定める数以上である場合に算定しているか。		
		a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準の数に10分の9を加えた数。		
		i 見守り機器を、当該施設の入所者の数の10分の1以上の数設置していること。		
		ii 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。		
		b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準の数に10分の6を加えた数（ユニット型以外で夜勤職員基準第一号ロ(1)(一)fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数）。		
		i 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該施設の入所者の数以上設置していること。		
		ii 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。		
		iii 見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。		
		(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保		
		(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮		
		(3) 見守り機器等の定期的な点検		
		(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修		
		(1) 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ		
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		(2) 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ		
		経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		(3) 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ		
		ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(4) 夜勤職員配置加算 (Ⅱ) □		
		経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定しているか。		
		(5) 夜勤職員配置加算 (Ⅲ) イ		
		① (1) に該当か。		
		② 夜間時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の实地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務の登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けているか。		
		(6) 夜勤職員配置加算 (Ⅲ) □		
		(2) 及び (5) ② に該当しているか。		
		(7) 夜勤職員配置加算 (Ⅳ) イ		
		(3) 及び (5) ② に該当しているか。		
		(8) 夜勤職員配置加算 (Ⅳ) □		
		(4) 及び (5) ② に該当しているか。		
		1 1 準ユニットケア加算		
		(1) 12人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っているか。		
		(2) プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けているか。		
		(3) 人員配置		
		① 日中については、準ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。		
		② 夜間及び深夜において、2準ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置しているか。		
		③ 準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。		
		1 2 常勤専従医師配置加算		
		専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		1 3 精神科を担当する医師に係る加算		
		(1) 認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占めているか。		
		(2) 精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行なわれているか。		
		1 4 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		(1) 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）		
		① 視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者（視覚障害者等）である入所者の占める割合が100分の30以上である施設か。		
		② 視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者として別に厚生労働大臣が定める者（障害者生活支援員）であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを1名以上配置しているか。		
		(2) 障害者生活支援体制加算（Ⅱ）		
		① 視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上である施設か。		
		② 障害者生活支援員であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを2名以上配置しているか。		
		1 5 協力医療機関連携加算 50単位、5単位		
		(1) 入所者の病歴等の情報共有について、入所者の同意を得ているか。		
		(2) 入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を概ね月に1回以上開催しているか。※電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の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には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない。		
		(3) 会議の開催状況については、その概要を記録しているか。		
		(4) 50単位/月を加算する場合は、次に掲げる要件を満たしているか。		
		① 入所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、常時確保していること。		
		② 当該施設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、常時確保していること。		
		③ 入所者の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		1 6 認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）認知症専門ケア加算（Ⅰ）		
		① 入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又はⅢに該当する入所者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であるか。		
		② 認知症介護実践リーダー研修等修了者を、施設における対象者の数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に対象者の数が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 施設の従業者に対する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 認知症介護指導者養成研修等修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。		
		③ 施設の介護職員、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。		
		1 7 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）認知症チームケア推進加算（Ⅰ）		
		① 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（以下「対象者」）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を修了している者又は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。		
		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		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。		
		18 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)		
		(1) 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)		
		① 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省にLIFEを用いて提出しているか。		
		② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①に規定する情報等を活用しているか。		
		(2) 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)		
		① (1) ①に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省にLIFEを用いて提出しているか。		
		② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1) ①に規定する情報、①に規定する情報その他サービス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。		
		19 安全対策体制加算		
		(1) 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か。		
		(2) 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を整備しているか。		
		(3) 事故防止検討委員会を定期的に開催しているか。		
		(4) 事故発生の防止のための研修について。		
		① 定期的に実施しているか(年2回以上)。		
		② 新規採用時には必ず実施しているか。		
		③ 実施内容を記録しているか。		
		(5) (1)～(4)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。		
		(6) (5)の担当者は、安全対策に係る外部における研修を受けているか。		
		(7) 施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備しているか。		
		(8) 入所初日に限り加算しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		20 高齢者施設等感染対策向上加算		
		(1) 高齢者施設等感染対策向上加算 (I)		
		① 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 協力医療機関その他の医療機関（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 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回以上参加しているか。		
		(2) 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ているか。		
		21 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)		
		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。		
		a 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		
		b 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮		
		c 介護機器の定期的な点検		
		d 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)の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)の①の取組に関する実績を厚生労働省に報告しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		2 2 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
		※ 日常生活継続支援加算を算定している場合は、算定しない。		
		（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。		
		a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であるか。		
		b 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が100分の35以上であるか。		
		② 提供する施設サービスの質の向上に資する取組を実施しているか。		
		③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		（２）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
		① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であるか。		
		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）		
		① 次のいずれかに適合しているか。		
		a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。		
		b 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であるか。		
		c 施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。		
		② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		2 3 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。		
		（その他指導事項等）		

※「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 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（サービス）

検 査 日：令和 年（ 年） 月 日（ ）， 事業者名称： _____

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、検査員が検査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「検査結果」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。口頭での指導事項についても改善を図ってください。
 - 4 今後の精査・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に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、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 入退所		
	(1) 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ているか。		
	(2) 入所者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。		
	(3) 入所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（生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等）で定期的に協議・検討しているか。		
	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、入所者の心身の状況、その他必要な事項）を記録しているか。		
	5 取扱方針（身体拘束等の適正化）		
	(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（身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(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。		
		6 施設サービス計画の作成		
		(1) 入所者の有する能力、その置かれている環境等を踏まえているか。		
		(2) アセスメントのため、入所者及びその家族に面接しているか。		
		(3) 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。		
		(4) 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。		
		(5) 定期的にモニタリングを行い、結果を記録しているか。		
		7 介護		
		(1) 入浴について。		
		1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しているか。		
		(2) 褥瘡予防体制について。		
		① 褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしているか。		
		② 施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を選任しているか。		
		③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。		
		④ 施設における褥瘡対策のための指針を整備しているか。		
		⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施しているか。※施設外の専門家の積極的な活用が望ましい。		
		8 栄養管理		
		(1) 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。また、栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図っているか。		
		(2) 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が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か。		
		(3) 栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		9 口腔衛生の管理		
		(1) 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（歯科医師等）が、当該施設の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回以上行っているか。		
		(2) 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者ごと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か。		
		(3) (1)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するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直しているか。		
		① 助言を行った歯科医師		
		② 歯科医師からの助言の要点		
		③ 具体的方策		
		④ 当該施設における実施目標		
		⑤ 留意事項・特記事項		
		(4) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(3)の計画に関する技術的助言及び指導を行うに当たっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っているか。		
		(5) 当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めているか。		
		10 入所者の入院期間中の取扱い		
		入院後おおむね3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、適切な便宜を供与しているか。		
		11 秘密保持等		
		入所者に関する個人情報の利用に当たり、あらかじめ文書により入所者の同意を得ているか。		
		(その他指導事項等)		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
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		
	(1) 次に掲げる基準を満たしていない場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。		
	(2) 身体的拘束等を行う場合に、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。		
	2 栄養管理に係る減算		
	次に掲げる基準を満たしていない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算しているか。		
	(1) 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。また、栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図っている。		
	(2) 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が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。		
	(3) 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。		
	3 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 訪リハ事業所、通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の助言に基づき、機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		
	② 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しているか。		
	③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。		
	④ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。		
	⑤ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該施設の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。		
	⑥ 個別機能訓練加算を算定している場合は、（Ⅰ）は算定せず、（Ⅱ）は1月につき100単位を所定単位数に算定しているか。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない。		

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 訪リハ事業所、通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が、当該施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		
		② 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しているか。		
		③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。		
		④ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。		
		⑤ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該施設の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。		
		⑥ 個別機能訓練加算を算定している場合は、(Ⅰ)は算定せず、(Ⅱ)は1月につき100単位を所定単位数に算定しているか。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない。		
		4 個別機能訓練加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)		
		(1) 個別機能訓練加算 (Ⅰ)		
		① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置しているものであるか。		
		② 個別機能訓練の従事者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っているか。なお、施設サービスにおいては、個別機能訓練に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。		
		③ 開始時及び3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しているか。		
		④ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにしているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(2) 個別機能訓練加算(Ⅱ)		
		① 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定しているか。		
		② 入所者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を、科学的介護情報システム(LIFE)を用いて厚労省に提出しているか。		
		③ 必要に応じて個別機能訓練計画の内容を見直す等、機能訓練の実施に当たって、②の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。		
		(3) 個別機能訓練加算(Ⅲ)		
		① 個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定しているか。		
		② 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定しているか。		
		③ 入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有しているか。		
		④ ③で共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有しているか。		
		5 ADL維持等加算(Ⅰ)、(Ⅱ)		
		(1) ADL維持等加算(Ⅰ)		
		① 評価対象者(当該施設の利用期間(以下「評価対象利用期間」)が6月を超える者をいう。以下同じ。)の総数が10人以上であるか。		
		② 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」)と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービス利用がない場合については利用があった最終の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定をLIFEを用いて提出しているか。		
		③ 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」)の平均値が1以上であるか。		
		(2) ADL維持等加算(Ⅱ)		
		① ADL維持等加算(Ⅰ)の①及び②の基準に適合するものであるか。		
		② 評価対象者のADL利得の平均値が3以上であるか。		
		6 若年性認知症入所者受入加算		
		(1) 若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定めているか。		
		(2) 当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。		
		(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		7 入所者が入院し、又は外泊したときの費用の算定について		
		(1) 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定しているか。		
		(2) 入院又は外泊の初日及び最終日を算定していないか。 ※入院又は外泊の初日及び最終日は算定できない。		
		8 外泊時在宅サービス利用の費用について		
		(1) 入所者に対して居宅における外泊を認め、施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定しているか。		
		(2) 外泊の初日及び最終日は算定せず、「7 入所者が入院し、又は外泊したときの費用の算定について」に掲げる単位を算定する場合は算定していないか。		
		9 従来型個室に入所している者の取扱いについて		
		(1) 平成17年9月30日においてユニットに属する個室以外の個室（以下「従来型個室」という。）に入所している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所するもの（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を支給する場合は、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）を算定しているか。		
		(2) 次のいずれかに該当する者に対して、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を支給する場合は、それぞれ、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）を算定しているか。		
		① 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの		
		② 居室の面積が10.65㎡/人以下の従来型個室に入所する者		
		③ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれありとして、従来型個室への入所が必要があると医師が判断した者		
		10 初期加算		
		入所した日から起算して30日以内の期間については、1日につき所定単位数を加算しているか。※30日を超える病院又は診療所への入院後に施設に再び入所した場合も、同様とする。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		1 1 退所時栄養情報連携加算		
		(1) 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは、1月につき1回を限度として所定単位数を加算しているか。		
		(2) 栄養管理に係る減算又は栄養マネジメント強化加算を算定していないか。		
		1 2 再入所時栄養連携加算		
		(1) 施設に入所していた者が退所し、当該者が医療機関に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所（二次入所）した場合であるか。		
		(2) 当該者は、厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を必要とする者として、医師から認められているか。		
		(3) 施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関の管理栄養士と連携し、当該者に関する栄養ケア計画を策定しているか。		
		(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		(5) 栄養管理に係る減算を算定していないか。		
		1 3 退所時等相談援助加算		
		(1) 退所前訪問相談援助加算		
		① 入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行っているか。		
		② 入所中1回（入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあつては、2回）を限度として算定しているか。		
		(2) 退所後訪問相談援助加算		
		① 入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して相談援助を行っているか。		
		② 退所後1回を限度として算定しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(3) 退所時相談援助加算		
	① 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所時に当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ当該入所者の同意を得て、退所の日から2週間以内に当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村等に対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供しているか。		
	② 入所者1人につき1回を限度として算定しているか。		
	(4) 退所前連携加算		
	① 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先だって当該入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っているか。		
	② 入所者1人につき1回を限度として算定しているか。		
	(5) 退所時情報提供加算		
	① 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行っているか。		
	② 入所者1人につき1回に限り算定しているか。		
	14 栄養マネジメント強化加算		
	(1) 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（常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、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）配置しているか。		
	(2) 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の食事の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施しているか。		
	(3) (2)に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(4) 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省にL I F Eを用いて提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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しているか。		
		(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		(6) 栄養管理に係る減算を算定していないか。		
		1 5 経口移行加算		
		(1) 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成しているか。		
		(2) 当該計画に従い、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言語聴覚士又は看護職員による支援が行われているか。		
		(3) 当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算しているか。※180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされものに対しては、引き続き当該加算を算定できる。		
		(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		(5) 栄養管理に係る減算を算定していないか。		
		1 6 経口維持加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		(1) 経口維持加算（Ⅰ）		
		① 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		② 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されているか。		
		③ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されているか。		
		④ 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされているか。		
		⑤ ②から④までについて、医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制が整備されているか。		
		⑥ 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、月1回以上、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		⑦ 当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該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に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行っているか。		
		⑧ 栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定していないか。		
		(2) 経口維持加算（Ⅱ）		
		① 協力歯科医療機関を定めているか。		
		② 経口維持加算（Ⅰ）を算定しているか。		
		③ 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わっているか。		
		17 口腔衛生管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		(1) 口腔衛生管理加算（Ⅰ）		
		① 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、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されているか。		
		② 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っているか。		
		③ 歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っているか。		
		④ 歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応しているか。		
		⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		(2) 口腔衛生管理加算（Ⅱ）		
		① (1)の①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合しているか。		
		② 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省にL I F Eを用いて提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。		
		18 療養食加算		
		(1) 医師の発行する食事箋に基づき、食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されているか。		
		(2) 療養食の献立表が作成された上で、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。		
		(3) 食事の提供が、定員超過利用・人員基準欠如に該当していない施設において行われているか。		
		(4) 厚生労働大臣が定める療養食を提供しているか。		
		(5) 1日につき3回を限度として、所定単位数を加算しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		19 特別通院送迎加算		
		(1) 施設外において透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるか。		
		(2) 1月に12回以上、透析目的による通院送迎を行ったか。		
		20 配置医師緊急時対応加算		
		(1) 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取決めがなされているか。		
		(2) 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保しているか。		
		(3) 施設の求めに応じ、配置医師の通常の勤務時間外、早朝（6:00-8:00）、夜間（18:00-22:00）及び深夜（22:00-6:00）に当該施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録しているか。		
		(4) 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行うとともに、診療が行われた時間に応じた単位を加算しているか。		
		(5) 看護体制加算（Ⅱ）を算定しているか。※算定していない場合は、本加算は算定しない。		
		21 看取り介護加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		(1) 看取り介護加算（Ⅰ）		
		① 常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保しているか。		
		② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ているか。		
		③ 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っているか。		
		④ 看取りに関する職員研修を行っているか。		
		⑤ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行っているか。		
		⑥ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者であるか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	⑦ 医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者（医師等）が共同して作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であるか。		
	⑧ 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であるか。		
	(2) 看取り介護加算（Ⅱ）		
	① 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当しているか。		
	② 看取り介護加算（Ⅰ）①から⑧までのいずれにも適合しているか。		
	2 2 在宅復帰支援機能加算		
	(1) 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者（在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。以下この項番において「退所者」）の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者（当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る）の占める割合が100分の20を超えているか。		
	(2) 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること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、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録しているか。		
	(3) 入所者の家族との連絡調整を行っているか。		
	(4) 入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っているか。		
	2 3 在宅・入所相互利用加算		
	(1) 在宅生活を継続する観点から、複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間が3月を超えるときは、3月を限度とする）を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者か。		
	(2) 在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ているか。		
	(3) 在宅・入所相互利用（ベッド・シェアリング）を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については3月を限度とする）について、文書により同意を得ているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(4) 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくっているか。		
	(5) 当該支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、おおむね1月に1回）カンファレンスを開いているか。		
	(6) (5) のカンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録しているか。		
	(7) 施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めているか。		
	24 認知症行動・心理症状緊急対応加算		
	(1) 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所がすることが適当であると判断した者か。		
	(2) 入所した日から起算して7日を限度として加算しているか。		
	(3) 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定しているか。		
	(4) 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。		
	(5) 当該入所者が入所前1月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定しているか。		
	(6) 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合に、当該加算を算定していないか。		
	① 病院又は診療所に入院中の者		
	② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者		
	③ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、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、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者		
	25 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	(1) 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）		
	① 入所者ごとに、施設入所時に褥瘡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、少なくとも3月に1回評価しているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		② ①の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省にL I F Eを用いて提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他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しているか。		
		③ ①の確認の結果、褥瘡が認められ、又は①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。		
		④ 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録しているか。		
		⑤ ①の評価に基づき、少なくとも少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。		
		(2) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		
		① (1)の①から⑤までのいずれにも適合しているか。		
		② 次のいずれかに適合しているか。		
		a (1)の①の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。		
		b (1)の①の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。		
		26 排せつ支援加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)		
		(1) 排せつ支援加算(Ⅰ)		
		① 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他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しているか。		
		② ①の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。		
		③ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。		
		(2) 排せつ支援加算(Ⅱ)		
		① (1)の①から③までのいずれにも適合しているか。		
		② 次のいずれかに適合しているか。		
		a (1)の①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、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するとともにいずれにも悪化がないこと。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		b(1)の①の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。		
		c(1)の①の評価の結果、施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。		
		(3) 排せつ支援加算(Ⅲ)		
		(1)の①から③まで並びに(2)の②のa及びbに掲げる基準のいずれにも適合しているか。		
		27 自立支援促進加算		
		(1) 医師が入所者ごとに、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回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省にLIFEを用いて提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用しているか。		
		(2) (1)の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施しているか。		
		(3) (1)の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。		
		(4) 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加しているか。		
		28 新興感染症等施設療養費		
		(1) 入所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入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、施設サービスを行ったか。		
		(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。		
		(その他指導事項等)		

※「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。