

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() 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】

- 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られ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。
- 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られた指導事項です。
- 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。
- 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) 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受講しているか。		
	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。		
	(2) 他の職務を兼務している場合、兼務は適切か。		
	(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受講しているか。		
	4 代表者		
	(1) 必要な知識及び経験を有しているか。		
	(2) 認知症対応型サービス事業開設者研修を受講しているか。		

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) 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) 利用者から負担額の支払いを受けているか。		
	(2) 次に掲げる費用は適切か。		
	①食材料費 ②理美容代 ③おむつ代 ④日常生活に要する費用		
	(3) (2)に係るサービスの提供に当たって、あらかじめ利用者に説明し、同意を得ているか。		
	(4) 領収証について		
	領収証を交付しているか。※介護給付に係る費用と、その他の費用を区分しているか。		
	3 認知症対応型共同生活介護の取扱方針		
	(1) 提供するサービスの質について、自己評価を行っているか。		
	(2) 定期的に外部評価を受けているか。		
	(3) 自己評価及び外部評価の結果を公表しているか。		
	4 緊急時等の対応		
	(1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。		
	(2) 緊急事態が発生した場合、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。		
	6 勤務体制の確保等 ※ (4)は令和6年4月1日より適用		
	(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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(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 ※ 令和6年4月1日より適用		
	(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) 非常災害に関する具体的な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(1)(2)について、定期的に従業者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。		
	(4) 防火管理に関する責任者を定めているか。		
	(5) 運営推進会議を活用し、地域住民との密接な連携体制の確保に努めているか。		
	10 衛生管理等 ※ (2)～(4)は令和6年4月1日より適用		
	(1) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。		
	(2) 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回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っているか。		
	(3) 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。		
	(4) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に（年2回以上）実施しているか。		
	11 秘密保持等		
	従業者であった者が、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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	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、事業所に掲示等しているか。		
	(2) 苦情の内容等を記録し、保存しているか。		
	(3) 苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取組を行っているか。		
	14 地域との連携等		
	(1) 運営推進会議の構成員は適当か。		
	(2) おおむね2月に1回以上、活動状況を報告し、評価を得ているか。		
	(3) 運営推進会議への報告、運営推進会議による評価、運営推進会議からの要望、助言等についての記録を作成し、公表しているか。		
	(4) 地域との交流を図っているか。		
	15 事故発生時の対応		
	(1) 事故が発生した場合の対応方法を定めているか。		
	(2) 事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。		
	(3) 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。		
	(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か。		
	(5) 再発防止のための取り組みを行っているか。		
	16 虐待の防止 ※ (1)、(2)及び(4)は令和6年4月1日より適用		
	(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。		

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（年2回以上、新規採用時）に実施しているか。		
	3 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。		
	4 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夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上であるか。		
	(2) 夜間支援体制加算（Ⅱ）		
	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(2)又はロ(2)を算定しているか。		
	③夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であるか。		
	5 医療連携体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
	(1) 医療連携体制加算（Ⅰ）		
	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（准看護師は不可）を1名以上確保しているか。		
	②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、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(Ⅱ)		
	①事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で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時間連絡できる体制を確保しているか。ただし、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算定日が属する月の前12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。		
	・喀痰吸引を実施している状態		
	・呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態		
	・中心静脈注射を実施している状態		
	・人工腎臓を実施している状態		
	・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		
	・人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態		
	・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態		
	・褥瘡に対する治療を実施している状態		
	・気管切開が行われている状態		
	④重度化した場合の対応に係る指針を定め、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(Ⅲ)		
	①事業所の職員として看護師(准看護師は不可)を常勤換算方法で1名以上確保しているか。		
	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、利用者又は家族等に説明し、同意を得ているか。		
	④(2)の③に該当しているか。		
	6 認知症専門ケア加算(Ⅰ)、(Ⅱ)		
	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)		
	①利用者総数のうち、認知症の者の占める割合が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、研修を実施又は研修を予定しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	7 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。		
	8 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。		
	9 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、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。		
	10 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。		
	・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。		
	・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。		
	(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。		
	・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。		
	・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。		
	・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。		
	・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。		
	・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。		
	11 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
	基準に適合しているか		
	12 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	基準に適合しているか		
	13 介護職員等ベースアップ等支援加算		
	基準に適合しているか		

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。

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() 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られた指導事項について、事業所等との方と、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られた指導事項です。
- 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。		
	(3) 退居に際し、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行っているか。		
	4 サービスの提供の記録		
	(1) 入居に際して、入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を利用者の被保険者証に記入しているか。		
	(2) 退居に際して、退居の年月日を利用者の被保険者証に記入しているか。		
	(3) サービスの提供の記録は作成されているか。		
	(4) 記録の内容は適切か。（提供日、サービス内容、利用者の状況）		
	5 認知症対応型共同生活介護の取扱方針		
	(1) 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。		
	(2) 緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性の要件を満たす場合）を除き、身体的拘束等を行っていないか。		
	(3) 身体的拘束等を行う場合は、以下の手続きを踏んでいるか。		
	① 身体拘束審査委員会（管理者及びあらかじめ指定する従業者から構成され、身体的拘束等に係る判断その他必要な措置について審議する組織体をいう。）で判断しているか。		
	② 利用者や家族に対して、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めているか。		
	③ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	<p>3 看取り介護加算</p> <p>(1) 看取りに関する指針を定め、入居の際に利用者等に説明し、同意を得ているか。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 看取りに関する職員研修を行っているか。</p> <p>(4) 医師が回復の見込みがないと診断した者であるか。</p> <p>(5) 医師等が共同し介護計画を作成し、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。</p> <p>(6) 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。</p>		
	<p>4 初期加算</p> <p>利用者が入居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算定しているか。(30日を超える病院又は診療所への入院後にサービス利用を再び開始した場合も同様)</p>		
	<p>5 退居時相談援助加算</p> <p>(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。</p> <p>(2) 利用者の同意を得て、退居後2週間以内に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、利用者の介護状況を示す文書を添えて情報提供しているか。</p>		
	<p>6 生活機能向上連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）</p> <p>(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。 (a) 利用者が可能な限り自立して行おうとする行為の内容 (b) (a)について定めた3月を目途とする達成目標 (c) (b)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 (d) (b)(c)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</p> <p>④ ③の(b)及び(c)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、具体的かつ客観的な指標を用いて設定しているか。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

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助言を得た上で、利用者の身体機能及び生活機能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を踏まえた適切な対応を行っているか。		
	7 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、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つては、その改善に必要な情報を含む。)を利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 ・ 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ・ 入れ歯を使っている者 ・ むせやすい者		
	(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、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つては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 ・ BMIが18.5未満である者 ・ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等 ・ 血清アルブミン値※が3.5g/dl以下である者 ※年1回以上要確認 ・ 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。		
	8 身体拘束廃止未実施減算		
	身体的拘束を行った場合は、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等の必要な事項は記録されているか。		
	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。