

# 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／  
特別養護老人ホーム・運営管理)

検査日： \_\_\_\_\_ 法人等名称： \_\_\_\_\_  
 施設名称： \_\_\_\_\_  
 検査員所属： 八王子市 福祉部 指導監査課  
 検査員氏名： \_\_\_\_\_

【注意事項】

- 1 この指導事項票は、法人（施設）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られた指導事項について、法人（施設）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「今回の指導事項」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「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。口頭での指導事項ですが、これ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員数か。  |     |    |
|            | 2 生活相談員  |     |    |
|            | (1) 1以上か。  |     |    |
|            | (2) 資格を有しているか。   |     |    |
|            | (3) 常勤か。   |     |    |
|            | 3 介護職員又は看護職員（看護師又は准看護師）  |     |    |
|            | (1) 介護職員及び看護職員の総数は、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人以上は常勤か。  |     |    |
|            | (4) 看護職員のうち、1人以上は常勤か。 ※サテライト型の場合は、常勤換算方法で1以上とする。   |     |    |
|            | 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（健康増進法（平成14年法律第103号）第19条に規定する栄養指導員）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。 |     |    |
|            | 5 機能訓練指導員  |     |    |
|            | (1) 1以上確保されているか。（当該施設の他の職務に従事可） ※サテライト型の場合は、要件を満たしていれば配置しなくても可。  |     |    |
|            | (2) 資格を有しているか。   |     |    |
|            | 6 介護支援専門員  |     |    |
|            | (1) 1以上か。 ※サテライト型の場合は、要件を満たしていれば配置しなくても可。  |     |    |
|            | (2) 常勤か。（当該施設の他の職務に従事可）  |     |    |

| 指導事項         | 検 査 項 目  | 確認欄 | 備 考 |
|--------------|--|-----|-----|
|              | (その他指導事項等)   |     |     |
|              |  |     |     |
|              |  |     |     |
| II 設備に関する基準  |  |     |     |
|              | 1 設備   |     |     |
|              | (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) 入所者から負担額の支払を受けているか。  |     |     |
|              | (2) 次に掲げる費用は適切か。   |     |     |
|              | ①食事の提供に要する費用   |     |     |
|              | ②居住に要する費用  |     |     |
|              | ③入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用  |     |     |
|              | ④入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用  |     |     |
|              | ⑤理美容代  |     |     |
|              | ⑥前各号に掲げるもののほか、提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの  |     |     |
|              | (3) (2) に係るサービスの提供に当たって、あらかじめ入所者又はその家族に文書を交付して説明をし、同意を得ているか。※①～④は文書による同意が必要。 |     |     |
|              | (4) 領収証について  |     |     |
|              | ①領収証を交付しているか。  |     |     |
|              | ②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医療費控除額を記載しているか。   |     |     |
|              |  |     |     |
|              | 3 指定介護福祉施設サービスの取扱方針  |     |     |
|              | (1) 「身体的拘束適正化検討委員会」を3月に1回以上開催するとともに、その結果を介護職員等に周知徹底しているか。                    |     |     |
|              | (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) 適正化のための研修を定期的実施しているか。  |     |     |
|              | ①定期的(年2回以上)に実施しているか。   |     |     |
|              | 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 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、速やかに配置医師と連携をとっているか。  |     |     |
|              |  |     |     |

| 指導事項 | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------|---|-----|----|
|      | 5 管理者による管理  |     |    |
|      | (1) 常勤であるか。   |     |    |
|      | (2) 他の職務との兼務は適切か。   |     |    |
|      | 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 ※(4)は令和6年4月1日より適用                                      |     |    |
|      | (1) 原則として月ごとの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、看護・介護職員等の配置、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) 資質向上のための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。             |     |    |
|      | 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)を策定しているか。            |     |    |
|      | (2) 介護職員等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 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) 非常災害に関する具体的計画を策定しているか。  |     |    |
|      | (2) 関係機関への通報及び連携体制を整備しているか。                                       |     |    |
|      | (3) 計画並びに通報及び連携体制について、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実施しているか。 |     |    |
|      | (4) 防火管理者を定めているか。   |     |    |

| 指導事項 | 検査項目   | 確認欄 | 備考 |
|------|--|-----|----|
|      | 1 1 衛生管理等 ※(3)～(5)は令和6年4月1日より適用  |     |    |
|      | (1) 従業者の日々の感染罹患状況や健康状態を確認しているか。  |     |    |
|      | (2) 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、密接な連携を保っているか。       |     |    |
|      | (3) 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3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。 |     |    |
|      | (4) 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。  |     |    |
|      | (5) 従業者に対し、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、内容を記録しているか。             |     |    |
|      | 1 2 秘密保持   |     |    |
|      | 従業者であった者が、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。                           |     |    |
|      | 1 3 広告   |     |    |
|      | 広告は虚偽又は誇大となっていないか。   |     |    |
|      | 1 4 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、施設に掲示等しているか。                           |     |    |
|      | (2) 苦情の内容等を記録し、保管しているか。  |     |    |
|      | (3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っているか。                                      |     |    |
|      | 1 5 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。   |     |    |
|      | 1 6 事故発生の防止及び発生時の対応  |     |    |
|      | (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) 事故が発生又はその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) 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行っているか。                                  |     |    |
|      | ① 定期的に(年2回以上)研修を実施しているか。   |     |    |
|      | ② 新規採用時に必ず研修を実施しているか。  |     |    |
|      | ③ 研修の内容を記録しているか。   |     |    |
|      | (4) (1)から(3)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。                                   |     |    |
|      | (5) 事故が発生した場合は、市町村、入所者の家族等に速やかに連絡を行うとともに必要な措置を講じているか。                      |     |    |
|      | (6) 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。   |     |    |
|      | (7) 賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償しているか。   |     |    |

| 指導事項             | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------------------|---|-----|----|
|                  | 17 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。  |     |    |
| 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) 施設基準等に従って、所定単位数を適正に算定しているか。   |     |    |
|                  | (2) 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。 |     |    |
|                  | (3) 定員超過利用又は人員欠如の場合、70/100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 ※ユニット型のみ  |     |    |
|                  | 次のことを満たさない場合は、1日につき所定単位数の97/100に相当する単位数を算定しているか。                        |     |    |
|                  | ①ユニットごとに、日中常時1人以上の看護・介護職員を配置しているか。                                      |     |    |
|                  | ②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。   |     |    |
|                  | 3 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) 身体的拘束適正化検討委員会を3月に1回以上開催している。  |     |    |
|                  | (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備している。  |     |    |
|                  | (3) 身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施している。  |     |    |
|                  | ①定期的(年2回以上)に実施している。   |     |    |
|                  | ②新規採用時に実施している。  |     |    |
|                  | ③研修の内容を記録している。  |     |    |
|                  | 4 安全管理体制未実施減算   |     |    |
|                  | 次のことを満たさない場合に、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。                      |     |    |
|                  | (2) 事故が発生又はその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に従業者に周知徹底する体制を整備している。 |     |    |
|                  | (3) 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行っている。                                |     |    |
|                  | ①定期的(年2回以上)に研修を実施している。  |     |    |
|                  | ②新規採用時に研修を実施している。   |     |    |
|                  | ③研修の内容を記録している。  |     |    |
|                  | (4) (1)から(3)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。                                 |     |    |

| 指導事項 | 検査項目   | 確認欄 | 備考 |
|------|--|-----|----|
|      | 5 日常生活継続支援加算（Ⅰ）、（Ⅱ）  |     |    |
|      | （Ⅰ）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a～cのいずれかに該当しているか。   |     |    |
|      | a 新規入所者の総数のうち、要介護4、5の者の割合が100分の70以上か。  |     |    |
|      | b 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(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の割合が100分の65以上か。 |     |    |
|      | 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利用者が100分の15以上か。  |     |    |
|      | 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人以上か。<br>※介護機器の使用により、7又はその端数を増すごとに1以上の場合もあり。             |     |    |
|      | ④定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。   |     |    |
|      | （Ⅱ）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の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（Ⅰ）の基準の②から④に該当しているか。  |     |    |
|      | 6 看護体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ、（Ⅱ）ロ  |     |    |
|      | （Ⅰ）看護体制加算（Ⅰ）イ  |     |    |
|      | ①地域密着型介護老人福祉施設入居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居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。   |     |    |
|      | （Ⅱ）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居者生活介護費又は経過のユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入居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。   |     |    |
|      | （Ⅲ）看護体制加算（Ⅱ）イ  |     |    |
|      | ①地域密着型介護老人福祉施設入居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居者生活介護費を算定しているか。                                    |     |    |
|      | ②看護職員の数が、常勤換算方法で、2名以上か。  |     |    |
|      | ③施設の看護職員により、又は、病院、診療所、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定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。   |     |    |
|      | （Ⅳ）看護体制加算（Ⅱ）ロ  |     |    |
|      | ①経過的地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費又は経過のユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費を算定しているか。                           |     |    |
|      | ②看護職員の数が、常勤換算方法で、2名以上か。  |     |    |
|      | ③施設の看護職員により、又は、病院、診療所、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 | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------|---|-----|----|
|      | 7 夜勤職員配置加算 (I) イ、(I) ロ、(II) イ、(II) ロ、(III) イ、(III) ロ、(IV) イ、(IV) ロ  |     |    |
|      | (1) 夜勤職員配置加算 (I) イ<br>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<br>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<br>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。  |     |    |
|      | (4) 夜勤職員配置加算 (II) ロ<br>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<br>①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。<br>②夜間時間帯を通じ看護職員又は必要な登録を受けている職員のいずれかを1人以上配置しているか。   |     |    |
|      | (6) 夜勤職員配置加算 (III) ロ<br>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を算定しているか。<br>②夜間時間帯を通じ看護職員又は必要な登録を受けている職員のいずれかを1人以上配置しているか。  |     |    |
|      | (7) 夜勤職員配置加算 (IV) イ<br>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を算定しているか。<br>②夜間時間帯を通じ看護職員又は必要な登録を受けている職員のいずれかを1人以上配置しているか。   |     |    |
|      | (8) 夜勤職員配置加算 (IV) ロ<br>①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。<br>②夜間時間帯を通じ看護職員又は必要な登録を受けている職員のいずれかを1人以上配置しているか。   |     |    |
|      | 8 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の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<br>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。<br>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。<br>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。 |     |    |
|      | 9 常勤医師配置加算<br>常勤専従の医師を1名以上配置しているか。  |     |    |
|      | 10 精神科を担当する医師に係る加算<br>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、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。   |     |    |

| 指導事項 | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------|---|-----|----|
|      | 1 1 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）  |     |    |
|      | （Ⅰ）障害者生活支援体制加算（Ⅰ）   |     |    |
|      | ①入所者のうち、視覚障害者等が全体の30%以上を占めているか。   |     |    |
|      | ②専従常勤の障害者生活支援員を1名以上配置しているか。   |     |    |
|      | （Ⅱ）障害者生活支援体制加算（Ⅱ）   |     |    |
|      | ①入所者のうち、視覚障害者等が全体の50%以上を占めているか。   |     |    |
|      | ②専従常勤の障害者生活支援員を2名以上配置しているか。   |     |    |
|      | 1 2 小規模拠点集合型施設加算  |     |    |
|      | 同一敷地内に複数の居住単位を設けてサービスを行っている施設において、5人以下の居住単位に入所している入所者について、1日につき所定単位数を加算しているか。                           |     |    |
|      | 1 3 認知症専門ケア加算（Ⅰ）・（Ⅱ）  |     |    |
|      | （Ⅰ）認知症専門ケア加算（Ⅰ）   |     |    |
|      | ①施設における入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又はMに該当する者の割合が2分の1以上であるか。  |     |    |
|      | ②認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者が20人未満の場合は1以上、当該対象者が20人以上の場合は1に当該対象者が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ているか。 |     |    |
|      | ③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。   |     |    |
|      | ④日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又はMに該当する入所者に対し、専門的な認知症ケアを行っているか。  |     |    |
|      | （Ⅱ）認知症専門ケア加算（Ⅱ）   |     |    |
|      | ①認知症専門ケア加算（Ⅰ）の①～④に適合しているか。  |     |    |
|      | ②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 4 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）  |     |    |
|      | （Ⅰ）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。   |     |    |
|      | （Ⅱ）科学的介護推進体制加算（Ⅱ）   |     |    |
|      | ①（Ⅰ）①の情報に加えて、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、（Ⅰ）①及び（Ⅱ）①に規定する情報等を活用しているか。  |     |    |



| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | 15 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) 事故が発生又はその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) 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行っているか。                                |       |     |
|      | ①定期的（年2回以上）に研修を実施している。   |       |     |
|      | ②新規採用時に研修を実施している。  |       |     |
|      | ③研修の内容を記録している。   |       |     |
|      | (4) (1) から (3) 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。                              |       |     |
|      | (5) (4) の担当者が安全対策に係る外部における研修を受けているか。                                     |       |     |
|      | (6) 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が整備されているか。                             |       |     |
|      | (7) 入所初日に限り算定しているか。  |       |     |
|      | 16 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。   |       |     |
|      | ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の80以上か。   |       |     |
|      | ・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割合が100分の35以上か。                               |       |     |
|      | ②提供する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、介護福祉士の割合が100分の60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)  |       |     |
|      | ①次のいずれかに該当すること。  |       |     |
|      | ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上か。   |       |     |
|      | ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が100分の75以上か。                                       |       |     |
|      | ・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年以上の者の割合が100分の30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。   |       |     |
|      | 17 介護職員処遇改善加算 (I)、(II)、(III)   |       |     |
|      | 基準に適合しているか。  |       |     |
|      | 18 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。  |       |     |
|      | 19 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。  |       |     |
|      | (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。



| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | <b>5 入退所</b>   |       |     |
|      | (1)身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を対象にしているか。                                |       |     |
|      | (2)入所申込者数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護福祉施設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るよう努めているか。        |       |     |
|      | (3)入所申込者の入所に際して、居宅介護支援事業者等に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めているか。                       |       |     |
|      | (4)入所者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかについて、少なくとも3月ごとに生活相談員等で協議・検討し、その内容を記録しているか。    |       |     |
|      | (5)入所者の退所に際して、入所者又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。 |       |     |
|      |  |       |     |
|      | <b>6 入所（居）者の入院期間中の取り扱い</b>   |       |     |
|      | 入所者が入院後おおむね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、退院後再び円滑に入所することができるようにしているか。                        |       |     |
|      |  |       |     |
|      | <b>7 指定介護福祉施設サービスの取扱方針</b>   |       |     |
|      | (1)地域密着型施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、妥当適切な処遇を行っているか。                    |       |     |
|      | (2)指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮しているか。   |       |     |
|      | (3)指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明しているか。                   |       |     |
|      | (4)指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、入所者等の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、身体的拘束等を行っていないか。              |       |     |
|      | (5)身体的拘束等をする場合は、以下の手順を踏んでいるか。  |       |     |
|      | 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」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。                                       |       |     |
|      | (6)身体的拘束等を行う場合は、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。                                     |       |     |
|      |  |       |     |



| 指導事項             | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------------------|---|-------|-----|
|                  | 1 1 口腔衛生の管理 ※令和6年4月1日より適用   |       |     |
|                  | (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)(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  |       |     |
|                  | その他指導事項等  |       |     |
| 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   |       |     |
|                  | 次のことを満たす場合に、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。  |       |     |
|                  | ・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ない。  |       |     |
|                  | 2 生活機能向上連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）   |       |     |
|                  | 【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て計画的に機能訓練を適切に提供しているか。                      |       |     |
|                  | (4)理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、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、当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能か。   |       |     |
|                  | (6)個別機能訓練加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定していないか。  |       |     |
|                  | 【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介護老人福祉施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、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)生活機能向上連携加算（Ⅰ）の(2)～(5)のいずれにも適合しているか。  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | (3)個別機能訓練加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定している場合には、100単位で算定しているか。  |       |     |
|      | <b>3 個別機能訓練加算（Ⅰ）・（Ⅱ）</b>  |       |     |
|      | 【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（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師）を1名以上配置しているか。<br>※ 入所者が100人超の場合、常勤換算で入所者の数を100で除した数以上配置 |       |     |
|      | (2)従業者が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成しているか。  |       |     |
|      | (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)訓練の効果、実施時間、実施方法等に対する評価を行っているか。   |       |     |
|      | (5)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、当該事業所の個別機能訓練の従業者により閲覧が可能か。   |       |     |
|      | 【個別機能訓練加算（Ⅱ）】   |       |     |
|      | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚労省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他必要な情報を活用しているか。  |       |     |
|      | <b>4 ADL維持等加算（Ⅰ）・（Ⅱ）</b>  |       |     |
|      | 【ADL維持等加算（Ⅰ）】   |       |     |
|      | (1)評価対象利用期間が6月を超える者の総数が10人以上であるか。   |       |     |
|      | (2)評価対象者全員について、評価対象利用開始月とその翌月から起算して6月目（6月目にサービス利用が無ければ利用があった最終月）においてADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚労省に当該測定をLIFEで提出しているか。                  |       |     |
|      | (3)評価対象者のADL利得の平均値が1以上であるか。   |       |     |
|      | 【ADL維持等加算（Ⅱ）】   |       |     |
|      | (1)ADL維持等加算（Ⅰ）の(1)及び(2)に適合しているか。  |       |     |
|      | (2)評価対象者のADL利得の平均値が2以上であるか。   |       |     |
|      | <b>5 若年性認知症利用者受入加算</b>  |       |     |
|      | (1)若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。   |       |     |
|      | (2)認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか。   |       |     |
|      | <b>6 入所者が入院し、又は外泊した時の費用の算定について</b>  |       |     |
|      | (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は算定していないか。   |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | 7 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、指定介護老人福祉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していないか。  |       |     |
|      | (3)入所者が入院し、又は外泊した時の費用について算定していないか。   |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 8 算定区分の例外  |       |     |
|      | (1)平成17年9月30日以前に従来型個室に入所し、翌日以後引き続き従来型個室に入所するもの（平成17年9月1日～30日の期間に特別な室料を払っていないものに限る）に対して、介護福祉施設サービス費（Ⅱ）又は経過的小規模介護福祉施設サービス費（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、介護福祉施設サービス費（Ⅱ）又は経過的小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ）を算定しているか。  |       |     |
|      | イ 感染症等により、従来型個室への入所が必要と医師が判断した者で、従来型個室への入所期間が30日以内である者   |       |     |
|      | ロ 10.65㎡以下の従来型個室を利用する者   |       |     |
|      | ハ 著しい精神症状等により、同室の他の利用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、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者   |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 9 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、所定単位数を算定しているか。（30日を超える病院・診療所への入院後に再入所した場合も同様とする）  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 10 再入所時栄養連携加算  |       |     |
|      | (1)入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、退院後直ちに二次入所した場合を対象としているか。   |       |     |
|      | (2)管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成しているか。   |       |     |
|      | (3)栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ているか。  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 11 退所時等相談援助加算  |       |     |
|      | 【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が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、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。（入所者が退所後に居宅でなく他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、そこを訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定する。） |       |     |
|      | (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っては2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 |
|------|--|-------|-----|
|      | 【退所後訪問相談援助加算】  |       |     |
|      | (1)入所者の退所後30日以内に居宅を訪問し、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。(入所者が退所後に居宅でなく他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、そこを訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定する。)  |       |     |
|      | (2)退所後1回を限度として算定しているか。   |       |     |
|      | 【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、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、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、かつ同意を得て、退所日から2週間以内に退所後の居宅地を管轄する市町村等に対して、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供しているか。(入所者が退所後に居宅でなく他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、そこに介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供したときも同様に算定する。) |       |     |
|      | (2)入所者1人につき1回を限度として算定しているか。  |       |     |
|      | 【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、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、退所前に利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供し、かつ、ケアマネ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。  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 12 栄養マネジメント強化加算  |       |     |
|      | 次のいずれにも適合しているか。  |       |     |
|      | (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、栄養士が給食管理を行っている場合は、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、入所者の食事の観察を週3回以上行い、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)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。  |       |     |
|      | (4)入所者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施にあたって、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。   |       |     |
|      |  |       |     |





| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | 16 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を作成しているか。  |       |     |
|      | 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、以下のことについて技術的助言及び指導を行っているか。<br>（口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、入所者に係る口腔清掃等について） |       |     |
|      | ④歯科衛生士は、③及びその他必要と思われる事項に係る記録を作成し、施設に提出しているか。また、施設は記録を保管し、必要に応じてその写しを入所者に提供しているか。  |       |     |
|      | ⑤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。   |       |     |
|      | ⑥当該サービスを実施する同一月内に医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者に確認し、当該サービスについて説明し、提供について同意を得ているか。  |       |     |
|      | ⑦定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。  |       |     |
|      | ⑧医療保険において訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された月に当該加算を算定していないか。  |       |     |
|      | (2)口腔衛生管理加算（Ⅱ）  |       |     |
|      | ①（1）を満たしているか。   |       |     |
|      | ②入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報をLIFEを用いて厚生労働省に提供し、口腔衛生の管理の実施にあ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の必要な情報を活用しているか。                                      |       |     |
|      |   |       |     |
|      |   |       |     |
|      | 17 配置医師緊急時対応加算  |       |     |
|      | (1)配置医師が早朝、夜間、深夜に施設を訪問して入所者の診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録しているか。  |       |     |
|      | (2)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、内容について記録しているか。  |       |     |
|      | (3)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、配置医師と具体的な取り決めを交わしているか。   |       |     |
|      | (4)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。  |       |     |
|      | (5)看護体制加算（Ⅱ）を算定しているか。   |       |     |
|      |   |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | 18 看取り介護加算（Ⅰ）・（Ⅱ）  |       |     |
|      | 【看取り介護加算（Ⅰ）】   |       |     |
|      | (1)常勤の看護師を1名以上配置し、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、適宜、見直しを行っているか。   |       |     |
|      | (3)入所の際に、入所者又はその家族等に対して指針の内容を説明し、同意を得ているか。   |       |     |
|      | (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なよう配慮しているか。  |       |     |
|      | (6)医師等が共同して作成した計画を、医師等適当な者が説明し、同意を得ているか。   |       |     |
|      | (7)介護記録等を活用し、随時説明をし、同意を得ているか。（記録を残す）   |       |     |
|      | 【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）の(1)～(7)のいずれにも適合しているか。  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 19 在宅復帰支援機能加算  |       |     |
|      | (1)算定月の前6月間における退所者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅で介護を受けることになった者の割合が100分の20を超えているか。                                   |       |     |
|      | (2)退所者の退所後30日以内に、その居宅を訪問又はケアマネから情報提供を受けることで、退所者の在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・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、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。                               |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 20 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を定めて、当該施設の居室を計画的に利用する者を対象としているか。                                    |       |     |
|      | (2)在宅での生活期間中のケアマネと施設のケアマネとの間で情報交換を十分に行い、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)以下に該当しているか。   |       |     |
|      | ①利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間は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。   |       |     |
|      | ②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作っているか。 |       |     |
|      | ③当該チームは、必要に応じ随時（施設に入所前及び在宅に戻る前は必須とし、おおむね1月に1回）カンファレンスを開いているか。  |       |     |
|      | ④③のカンファレンスにおいては、期間中の対象者の状況を報告し、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。                   |       |     |
|      |  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | 2 1 認知症行動・心理症状緊急対応加算  |       |     |
|      | (1)医師が、利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に入所が必要であると判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所しているか。 |       |     |
|      | (2)利用者が入所した日から起算して7日を限度として算定しているか。<br>(医師が判断した当該日又は翌日に利用を開始した場合に限り算定する)                             |       |     |
|      | (3)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。   |       |     |
|      | (4)病院等に入院中の者が、直接、当該施設へ入所した場合は当該加算は算定していないか。   |       |     |
|      | (5)当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算を算定していない場合に算定できる。                        |       |     |
|      | 2 2 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）～（Ⅲ）   |       |     |
|      | 【褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）】   |       |     |
|      | (1)入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時及び少なくとも3月に1回評価しているか。   |       |     |
|      | (2)評価結果等の情報をLIFEを用いて厚労省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他必要な情報を活用しているか。                                      |       |     |
|      | (3)入所者ごとに関連職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成しているか。  |       |     |
|      | (4)褥瘡管理を実施する際に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ているか。  |       |     |
|      | (5)褥瘡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。   |       |     |
|      | (6)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。   |       |     |
|      | 【褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）】   |       |     |
|      | (1)褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の(1)～(6)のいずれにも適合しているか。  |       |     |
|      | (2)施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生がないか。  |       |     |
|      | 【褥瘡マネジメント加算（Ⅲ）】   |       |     |
|      | (1)令和3年3月31日において、改正前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っているか。  |       |     |
|      | (2)入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時及び少なくとも3月に1回評価し、その評価結果を厚労省に提出しているか。                                |       |     |
|      | (3)入所者ごとに関連職種（管理栄養士を除く）が共同して、褥瘡ケア計画を作成しているか。  |       |     |
|      | (4)褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の(3)～(6)のいずれにも適合しているか。  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | 23 排せつ支援加算（Ⅰ）～（Ⅳ）   |       |     |
|      | 【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、施設入所時及び少なくとも6月に1回評価しているか。   |       |     |
|      | (2)評価結果等の情報をLIFEを用いて厚労省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他必要な情報を活用しているか。   |       |     |
|      | (3)関連職種が共同して、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。   |       |     |
|      | (4)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。   |       |     |
|      | 【排せつ支援加算（Ⅱ）】  |       |     |
|      | (1)排せつ支援加算（Ⅰ）の(1)～(4)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。  |       |     |
|      | ・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し、いずれにも悪化がない。   |       |     |
|      | ・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。  |       |     |
|      | 【排せつ支援加算（Ⅲ）】  |       |     |
|      | 排せつ支援加算（Ⅰ）の(1)～(4)及び排せつ支援加算（Ⅱ）の(2)の両方の基準に適合しているか。   |       |     |
|      | 【排せつ支援加算（Ⅳ）】  |       |     |
|      | (1)令和3年3月31日において、改正前の排せつ支援加算に係る届出を行っているか。   |       |     |
|      | (2)排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応によって要介護状態の軽減が見込まれると医師等が判断した者に対して、関連職種が共同して、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。 |       |     |
|      | 24 自立支援促進加算   |       |     |
|      | (1)医師が入所者ごとに、施設入所時及び少なくとも6月に1回、自立支援に係る医学的評価を行っているか。   |       |     |
|      | (2)医学的評価の結果等の情報をLIFEを用いて厚労省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他必要な情報を活用しているか。  |       |     |
|      | (3)入所者ごとに関連職種が共同して、自立支援に係る支援計画を策定しているか。   |       |     |
|      | (4)支援計画に基づいたケアを実施する際に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ているか。   |       |     |
|      | (5)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。   |       |     |
|      | (6)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。  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | 25 栄養管理に係る減算 ※令和6年4月1日より適用   |       |     |
|      | 以下のいずれかを満たさない場合は、1日につき14単位を減算しているか。  |       |     |
|      | ① 栄養士又は管理栄養士を1以上置いていること。   |       |     |
|      | ② 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。 |       |     |
|      | ③ 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。  |       |     |
|      | ④ 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。  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 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。