

実地検査指導事項票（看護小規模多機能型居宅介護/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】

- 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「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。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 従業者		
	(1) 従業者のうち、1以上は常勤の保健師又は看護師か。		
	(2) 看護職員（保健師、看護師、准看護師）の員数は常勤換算方法で2.5以上となっているか。		
	(3) 通いサービス及び訪問サービスの従業者のうち、各サービスごとに1以上の者は看護職員か。		
	(4) 日中通いの利用者数（前年度の平均）に対し3：1の人員配置＋訪問サービス担当を2人以上配置しているか。（通い、訪問それぞれに固定しなくてもよい。）		
	(5) 夜間及び深夜の勤務に当たる者を1以上及び宿直勤務に当たる者を必要な数以上配置しているか。		
	2 介護支援専門員		
	(1) 1以上確保されているか。（非常勤でも可能）		
	(2) 資格を有しているか。		
	(3) 規定の研修（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）を修了しているか。		
	(4) 他の職務との兼務は適切か。		
	3 管理者		
	(1) 3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であるか。		
	(2) 規定の研修（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。又は保健師若しくは看護師であるか。		
	(3) 他の職務との兼務は適切か。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	4 代表者		
	(1) 認知症高齢者の介護に従事した経験、保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者に該当しているか。		
	(2) 規定の研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）を修了しているか。又は保健師若しくは看護師であるか。		
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。		
	その他指導事項等		
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) 保険給付の対象外のサービスについて、利用者に指定看護小規模多機能型居宅介護事業とは別事業であり、介護保険給付の対象とならない旨を説明し、理解を得ているか。		
	(3) 次に掲げる費用は適切か。 ①通常の実施地域以外の送迎に要する費用 ②通常の実施地域を超える訪問サービスの提供に伴う交通費 ③食事の提供に要する費用 ④宿泊に要する費用 ⑤おむつ代 ⑥日常生活に要する費用		
	(4) 上記に掲げる費用の支払いについて、利用者に説明し同意を得ているか。		
	(5) あいまいな名目による費用の支払を利用者から受けていないか。		
	(6) 領収証について		
	①領収証を交付しているか。 ※介護給付にかかる費用と、その他の費用を区分しているか。		
	②医療費控除額を記載しているか。		
	3 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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	4 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。		
	5 勤務体制の確保 ※ (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。		
	看護小規模多機能型居宅介護従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしているか。		
	(2) 当該事業所の従業者によりサービスを提供しているか。		
	(3) 資質の向上のための研修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。		
	6 定員の遵守		
	登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えていないか。		
	7 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1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。（努力義務）		
	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1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。		
	8 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) 非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制並びに地域との連携の体制を整備しているか。		
	(3) 上記(1)(2)を定期的に従業者に周知するとともに、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っているか。		
	(4) 防火管理について責任者を定めているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	9 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に、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。		
	(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か月に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。		
	(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) 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1回以上)実施し、内容を記録しているか。		
	10 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に、必要な措置を講じているか。		
	11 広告		
	虚偽又は誇大となっていないか。		
	12 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、事業所に掲示しているか。		
	(2) 苦情の内容等を記録しているか。		
	(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自ら行っているか。		
	13 地域との連携等		
	(1) 運営推進会議の委員構成は適当か。		
	(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、評価等の記録を作成し、公表しているか。		
	(4) 地域との交流を図っているか。		
	14 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、区市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡をしているか。		
	(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、速やかに賠償しているか。		
	(5) 再発防止のための取り組みを行っているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	15 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1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) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の算定は適切か。		
	(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合の算定は適切か。		
	(3) 登録者1人当たり平均提供回数が週4回に満たない場合は70/100に減算しているか。		
	(4) 短期利用居宅介護費の算定は適切か。		
	(5) 短期利用に活用可能な宿泊室の数の算定は適切か。		
	2 訪問看護体制減算		
	以下の基準のいずれにも該当した場合、利用者の要介護状態区分に基づき所定単位数を減算しているか。		
	イ 算定月の前3月間において、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合が30/100未満		
	ロ 算定月の前3月間において、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が30/100未満		
	ハ 算定月の前3月間において、特別管理加算を算定した利用者の割合が5/100未満		
	3 看護体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)		
	(Ⅰ) 次のいずれにも適合しているか。		
	① 算定月の前3月間において、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合が80/100以上		
	② 算定月の前3月間において、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が50/100以上		
	③ 算定月の前3月間において、特別管理加算を算定した利用者の割合が20/100以上		
	④ 算定月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上		
	⑤ 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出済み		
	(Ⅱ) 次の基準に適合しているか。		
	(Ⅰ)の①から③までのすべてに適合		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	4 訪問体制強化加算		
	(1) 訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置しているか。		
	(2) 算定月における、事業所の延べ訪問回数が1月当たり200回以上であるか。		
	(3) 同一建物に集合住宅を併設する場合は、居住していない登録者の占める割合が50/100以上であって、かつ、居住していない登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であるか。		
	5 総合マネジメント体制強化加算		
	(1) 利用者の心身の状況又は環境の変化に応じ、介護職員や看護職員等の多職種共同により、随時計画の見直しを行っているか。		
	(2) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供できる看護小規模多機能型居宅介護サービスの具体的な内容に関する情報提供を行っているか。		
	(3) 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加しているか。		
	6 科学的介護推進体制加算		
	次のいずれにも適合しているか。		
	(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) 指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定看護小規模多機能型居宅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。		
	7 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 従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定しているか。		
	② 利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的で開催しているか。		
	③ 次のいずれかに該当するか。		
	・ 介護福祉士の割合が70/100以上		
	・ 勤続10年以上の介護福祉士の割合が25/100以上		
	④ 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 介護福祉士の割合が50/100以上か。		
	② (1)の①、②及び④に該当しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(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か。		
	・ 介護福祉士の割合が40/100以上		
	・ 常勤職員の割合が60/100以上		
	・ 勤続7年以上の者の割合が30/100以上		
	② (1)の①、②及び④に該当しているか。		
	8 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)		
	基準に適合しているか。		
	9 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。		
	10 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、後日送付する実地指導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ります。この場合、返還の対象は、実地指導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。

八王子市実地検査指導事項票 (看護小規模多機能型居宅介護/利用者サービス)

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。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 受給資格証の確認		
	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 心身の状況等の把握		
	サービス担当者会議等に参加し、利用者の心身の状況等の把握に努めているか。		
	4 秘密保持等		
	個人情報を用いる場合の同意を、あらかじめ文書により得ているか。 1 利用者 2 家族代表		
	5 具体的取扱方針		
	(1) 利用者の心身の状況、希望及び環境を踏まえて、通い、訪問、宿泊サービスを組み合わせる等、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)による判断を経て、行っているか。		
	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	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(4) 身体的拘束等を行う場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急をやむを得ない理由を記録しているか。		
	(5) 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いていないか。		
	(6) 見守り等を行う等、登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供しているか。		
	(7) 看護サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携により、利用者の心身の機能の維持回復が図られるよう妥当適切に行われているか。		
	(8) 看護サービスの提供にあたっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、サービスの提供が行われているか。		
	6 サービスの提供の記録		
	看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、提供日、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録しているか。		
	7 看護小規模多機能型居宅介護計画及び報告書の作成		
	(1) 看護小規模多機能型居宅介護計画は介護支援専門員が作成しているか。		
	(2) 看護小規模多機能型居宅介護計画書の作成に当たっては、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めているか。		
	(3) 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て、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記載した看護小規模多機能型居宅介護計画を作成しているか。		
	(4) 利用者の日々の様態、希望等を勘案し随時適切に通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを組み合わせたサービスが行われているか。		
	(5) 介護計画の作成にあたり、その内容について利用者又はその家族に対して説明・同意・交付が行われているか。		
	(6) 常に看護小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行っているか。		
	(7) 必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を変更しているか。		
	(8) 看護小規模多機能型居宅介護報告書は看護師等(准看護師を除く)が作成しているか。		
	(9) 看護小規模多機能型居宅介護報告書は訪問日、提供した看護内容等が記載されているか。		
	8 介護等		
	(1) サービス提供は事業所の従業者によって行われているか。		
	(2) 利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と従業者が共同で行うよう努めているか。		

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 報酬算定		
	(1) 基本報酬の算定は適正か。		
	(2) 短期利用居宅介護費の算定は適正か。		
	(3) サービス提供が過少である場合の取扱いは適正か。		
	2 医療保険の訪問看護を行う場合の減算		
	末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾患等(利用者告示第四号参照)の患者について、医療保険の対象となる訪問看護を行った場合に、所定単位を減算しているか。		
	3 初期加算		
	利用者が登録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)		
	4 認知症加算(Ⅰ)(Ⅱ)		
	下記の登録者に対してサービスを提供しているか。		
	(Ⅰ) 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者		
	(Ⅱ) 要介護2かつ日常生活自立度のランクⅡに該当する者		
	5 認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期利用のみ)		
	(1) 利用者に認知症の行動・心理症状が認められるため、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) 介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意を得たうえで短期利用を開始しているか。		
	(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) 利用開始日から起算して7日を限度として算定しているか。		
	6 若年性認知症利用者受入加算		
	(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。		
	7 栄養アセスメント加算		
	(1) 事業所の職員として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置しているか。		
	(2) 利用者ごとに管理栄養士等が共同して、3月に1回以上栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族にその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。また、1月に1回以上利用者の体重の測定をしているか。		
	(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報等を活用しているか。		
	(4) 栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間及び栄養改善サービスが終了した日の属する月に、当該加算を算定していないか。(当該加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスが必要と判断された場合を除く。)		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	8 栄養改善加算		
	(1) 事業所の職員として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置しているか。		
	(2) 利用者は、低栄養状態等栄養改善サービスの提供が必要な者か。		
	(3) 利用開始時に栄養アセスメントを行い、管理栄養士等が共同して、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき栄養管理上の課題等に対し、取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成しているか。		
	(4) 作成した栄養ケア計画については、利用者又はその家族に説明しその同意を得ているか。		
	(5) 管理栄養士等が栄養改善サービスを提供し、栄養状態を定期的に記録しているか。		
	(6) 居宅における食事状況を聞き取った結果、課題がある場合には、課題を解決するために、利用者又はその家族の同意を得て、利用者宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供しているか。		
	(7) 利用者の栄養状態に応じて定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3ヶ月ごとに栄養状態の評価を行い、継続的にサービス提供を行う必要性を確認しているか。		
	(8) 評価等を介護支援専門員、主治医に情報提供しているか。		
	(9) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	9 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)		
	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		
	① 利用開始時及び6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し、口腔の健康状態に関する以下の情報を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について確認し、栄養状態に関する以下の情報を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。		
	④ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないか。		
	ア 栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは栄養改善サービスが終了した日の属する月		
	イ 口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は口腔機能向上サービスが終了した日の属する月		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		
	ア、イのいずれかに適合しているか。		
	ア 次の(a)から(c)のいずれにも適合しているか。		
	(a) (1)①及び③に適合しているか。		
	(b) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは栄養改善サービスが終了した日の属する月であるか。		
	(c) 算定日が属する月が、口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないか。		
	イ 次の(a)から(c)のいずれにも適合しているか。		
	(a) (1)②及び③に適合しているか。		
	(b) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、利用者が栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間又は栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないか。		
	(c) 算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であるか。		
	10 口腔機能向上加算		
	(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)		
	① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。		
	② 利用者は、口腔機能向上サービスの提供が必要な者か。		
	③ 利用開始時に、口腔機能を把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同し、当該職員が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を利用者ごとに作成し、利用者又は家族に説明し、同意を得ているか。		
	④ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。		
	⑤ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに利用者の口腔機能の状態の評価を行い、その結果を介護支援専門員や主治の医師等に情報提供しているか。		
	⑥ 継続する場合、その必要性を確認しているか。		
	⑦ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)		
	① (1)に適合しているか。		
	② 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報等を活用しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	11 退院時共同指導加算		
	病院、診療所、介護老人保健施設、又は介護医療院の主治医その他の従業者と共同し退院時共同指導を行った後に、退院又は退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合に加算しているか。		
	12 緊急時訪問看護加算		
	(1) 利用者の同意を得ているか。		
	(2) 利用者又はその家族に対して24時間連絡できる体制にあるか。		
	(3) 計画的の訪問することになっていない緊急訪問を行った場合、適正な単位数を算定しているか。		
	13 特別管理加算(Ⅰ)・(Ⅱ)		
	(1) 特別な管理を必要とする者か。		
	(Ⅰ) 厚労告第94号の第五十三号イの状態にある者		
	(Ⅱ) 厚労告第94号の第五十三号ロ、ハ、ニ又はホに規定する状態状況にある者		
	(2) 看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る)の実施に関する計画的な管理を行っているか。		
	14 ターミナルケア加算		
	(1) 24時間連絡できる指定訪問看護を行うことができる体制か。		
	(2) 主治医と連携し、利用者・家族等に対して説明を行い、同意を得ているか。		
	(3) 利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されているか。		
	(4) 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行っているか。		
	15 褥瘡マネジメント加算		
	(1) 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に評価を行い、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、評価結果等の情報を厚労省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他の褥瘡管理の適切且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、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに介護職員、管理栄養士等が共同して、褥瘡ケア計画を作成し、利用者又は家族に説明し、同意を得ているか。		
	③ 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、管理の内容や利用者の状態について定期的に記録しているか。		
	④ 評価に基づき、少なくとも3月に1回入所者ごとに(1)①の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)に適合しているか。		
	② (1)③の評価の結果、褥瘡の発生がないか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	16 排せつ支援加算		
	(1) 排せつ支援加算(Ⅰ)		
	① 入所時に利用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評価を行い、その後少なくとも6月に1回評価し、評価結果を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって必要な情報を活用しているか。		
	② ①の評価の結果、排せつ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、入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた排せつ支援計画を作成し、利用者又は家族に説明し、同意を得たうえで、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回排せつ介護を要する原因を分析し、それに基づいた排せつ支援計画を見直しているか。		
	(2) 排せつ支援加算(Ⅱ)		
	① (1)に適合しているか。		
	② 次のいずれかに適合しているか。		
	(1)①の評価の結果、排尿又は排便の少なくとも一方が改善し、いずれも悪化していないか。		
	(1)①の評価の結果、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、おむつの使用がなくなっているか。		
	(3) 排せつ支援加算(Ⅲ)		
	(1)(2)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、後日送付する実地指導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、実地指導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。