

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(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 人員に関する基準			
	1 従業者		
	(1) 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。）		
	(2) 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当該宿直勤務に必要な数以上配置しているか。		
	(3) 従業者のうち、1以上は常勤の保健師又は看護師か。		
	(4) 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。		
	(5) 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。		
	2 介護支援専門員		
	(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。		
	(3) 資格を有しているか。		
	(4) 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。		
	3 管理者		
	(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。		
	(3) 特養等の職員又は訪問介護員等として、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か。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(4) 「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している者、又は保健師若しくは看護師か。		
	その他指導事項等		
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 具体的取扱方針（身体的拘束等の適正化）		
	(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) 介護職員等に対する、身体的拘束等の適正化のための研修について。		
	① 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 研修の実施内容について記録しているか。		
	4 緊急時等の対応		
	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。		

指導事項	検 査 項 目	確認欄	備 考
	6 勤務体制の確保		
	(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。		
	7 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。		
	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。		
	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	検 査 項 目	確認欄	備 考
	10 衛生管理等		
	(1) 感染対策委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員等に周知徹底を図っているか。		
	(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) 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。		
	11 秘密保持等		
	退職者を含む従業員が、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。		
	12 広告		
	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、保管しているか。		
	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、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況の報告を行い、評価を受けているか。		
	(3) 運営推進会議で挙げ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。		
	15 事故発生時の対応		
	(1) 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・報告をしているか。		
	(2) 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。		
	(3) 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
	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。		
	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) 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) 短期利用居宅介護費の算定は適切か。		
	(4) 短期利用に活用可能な宿泊室の数の算定は適切か。		
	2 身体拘束廃止未実施減算		
	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。		
	(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) 介護職員等に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施している。		
	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所定単位数から減算しているか。		
	(1) 虐待防止検討委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員等に周知徹底を図っている。		
	(2) 虐待防止の指針を整備している。		
	(3) 介護職員等に対し、虐待防止研修を年1回以上に実施している。		
	(4) 上記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
	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1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の、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。		
	5 サービス提供が過少である場合の減算		
	以下の場合、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。		
	(1) 通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの算定月における提供回数について、週平均1回に満たない場合		
	(2) (1)のサービスにおいて登録者1人当たり平均回数が、週4回に満たない場合		
	6 訪問看護体制減算		
	以下の基準のいずれにも適合する場合、利用者の要介護状態区分に基づき所定単位数から減算しているか。		
	(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30/100未満であること。		
	(2) 算定月の前3月間において、緊急時対応加算を算定した利用者の割合が30/100未満であること。		
	(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5/100未満であること。		
	7 認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)・(Ⅳ)		
	(1) 認知症加算(Ⅰ)		
	① 「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を修了している者を、事業所における日常生活に支障をきたす恐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の者(日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者。以下「対象者」という。)の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては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ケアを実施しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	② 当該事業所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開催しているか。		
	③ 「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を修了している者を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。		
	④ 当該事業所における介護職員、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(外部における研修を含む。)を実施または実施を予定しているか。		
	(2) 認知症加算(Ⅱ)		
	(1)①及び②に適合しているか。		
	(3) 認知症加算(Ⅲ)		
	利用者が日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者か。		
	(4) 認知症加算(Ⅳ)		
	要介護2かつ日常生活自立度のランクⅡに該当する者か。		
	8 看護体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)		
	(1) 看護体制強化加算(Ⅰ)		
	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以上であるか。		
	② 算定月の前3月間において、緊急時対応加算を算定した利用者の割合が50/100以上であるか。		
	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以上であるか。		
	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名以上であるか。		
	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がなされているか。		
	(2) 看護体制強化加算(Ⅱ)		
	(1)の①から③までのすべてに適合しているか。		
	9 訪問体制強化加算		
	(1) 訪問サービス(看護サービスを除く。)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。)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(養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅であって八王子市長の登録を受けたものに限る。)を併設する場合は、同一建物に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、同一建物に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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	10 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	（１）総合マネジメント加算（Ⅰ）		
	① 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っているか。		
	② 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っているか。		
	③ 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて地域の行事や活動等に参加しているか。		
	④ 日常的に利用者とかかわりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保しているか。		
	⑤ 必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成しているか。		
	⑥ 次のいずれかに適合しているか。		
	ア 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。		
	イ 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。		
	ウ 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。		
	エ 市町村が実施する地域支援事業等に参加していること。		
	（２）総合マネジメント加算（Ⅱ）		
	（１）の①から③までに適合しているか。		
	11 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、科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて厚生労働省に提出しているか。		
	（２）必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、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。		
	12 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	（１）（Ⅰ）について、次のいずれにも適合しているか。		
	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こと。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	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こと。		
	③ 介護機器を複数種類活用していること。		
	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すること。		
	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すること。		
	(2) (Ⅱ) について、次のいずれにも適合しているか。		
	① (1) ①に適合していること。		
	② 介護機器を活用していること。		
	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こと。		
	13 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開催しているか。		
	③ 次のいずれかに適合しているか。		
	ア 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち介護福祉士の割合が70/100以上		
	イ 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち勤続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 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち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。		
	(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。		
	ア 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち介護福祉士の割合が40/100以上		
	イ 従業者の総数のうち常勤職員の割合が60/100以上		
	ウ 従業者の総数のうち勤続7年以上の者の割合が30/100以上		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	② (1)の①、②及び④に該当しているか。		
	14 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)		
	各区分の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。

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、あらかじめ利用申込者又はその家族に対して、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 サービスの提供の記録		
	(1) 介護報酬請求（実績報告）時におけるサービス提供票（居宅サービス計画第6表）及びサービス提供票別表（同第7表）に、サービス提供日、内容及び利用者に代わって受ける法定代理受領額等を適正に記載しているか。		
	(2) サービス提供記録に、提供した具体的サービスの内容等を記録しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	5 具体的取扱方針（身体的拘束等の適正化）		
	(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は、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。		
	6 居宅サービス計画の作成		
	当該事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）第13条各号に掲げる具体的取扱方針に沿って行っているか。		
	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) 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いるか（アセスメント）。		
	(2) 看護小規模多機能型居宅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記載しているか（サービス担当者会議等）。		
	(3) 居宅サービス計画に基づいて看護小規模多機能型居宅介護計画が立てられているか。		
	(4) 利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか。		
	(5) 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（モニタリング）。		
	(6) 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。		
	(7) 看護小規模多機能型居宅介護報告書は作成されているか。		
	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（清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等）は、原則として利用者と看護小規模多機能型居宅介護利用者の共同に行うよう努めているか。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		9 秘密保持等		
		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)から同意を得ているか。		
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		
		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所定単位数から減算しているか。		
		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こと。		
		2 医療保険の訪問看護を行う場合の減算		
		(1) 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾患等(利用者等告示第四号参照)の患者について、医療保険の給付の対象となる訪問看護を行った場合に、利用者の介護状態区分に応じた所定単位数を減算しているか。		
		(2) (1)の場合、主治の医師が訪問看護を行う必要がある旨の指示を行っているか。		
		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サービス利用を再び開始した場合も同様)。		
		4 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、緊急に短期入所生活介護が必要であると判断したうえで、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族に同意を得ているか。		
		(2) 利用者が利用を開始した日から起算して7日を限度として算定しているか。 (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できる。)		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(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。		
	5 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。		
	6 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科学的介護情報システム（LIFE）を用いて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) 当該利用者が栄養改善加算の算定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。）		
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	7 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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(5) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。		
	(6) 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ヶ月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供しているか。		
	(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	8 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） 次のいずれにも適合しているか。		
	① 利用開始時及び利用中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。		
	ア 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者		
	イ 入れ歯を使っている者		
	ウ むせやすい者		
	② 利用開始時及び利用中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。		
	ア BMIが18.5未満である者		
	イ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等		
	ウ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者		
	エ 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間であ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(栄養改善サービス開始月を除く。)		
	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(口腔機能向上サービス開始月を除く。)		
	⑤ 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について当該口腔連携強化加算を算定していないか。		

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間であ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(栄養改善サービス開始月を除く。)		
	(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(d)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(口腔機能向上サービス開始月を除く。)		
	(d) 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないか。		
	9 口腔機能向上加算(Ⅰ)、(Ⅱ)		
	(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同時に、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	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科学的介護情報システム(LIFE)を用いて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。		
	10 退院時共同指導加算		
	(1) 病院、診療所、介護老人保健施設、又は介護医療院を退院又は退所する者であるか。		
	(2) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院時共同指導を行ったか。		
	(3) 退院時共同指導を行った後、初回の訪問看護サービスを行ったか。		
	(4) 次のいずれかに該当する状態か。		
	① 医科診療報酬点数表に掲げる在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態		
	② 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態		
	③ 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態		
	④ 真皮を越える褥瘡の状態		
	⑤ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	11 緊急時対応加算		
	(1) 利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡(電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応)できる体制にあるか。		
	(2) 計画的に訪問することになっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することになっていない緊急時における宿泊を、必要に応じて行う体制にあるか。		
	(3) 給付対象となる訪問看護サービス又は宿泊サービスを行った月に請求しているか。		
	(4) 当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護又は緊急時対応加算に係る宿泊を受けていないか。		
	12 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。		
	13 専門管理加算 イ、ロ		
	(1) 専門管理加算 イ		
	① 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合か。		
	② 利用者が次のいずれかに該当するか。		
	ア 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っていること。		
	イ 真皮を越える褥瘡の状態にある(在宅で療養し、重点的な褥瘡管理を行っている。)こと。		
	ウ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難であること。		
	(2) 専門管理加算 ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行っているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	14 ターミナルケア加算		
	(1) 24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制か。		
	(2) 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者・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。		
	(5) ターミナルケアの提供において、以下に掲げる事項を訪問看護サービス記録書(看護小規模多機能型居宅介護記録書)に記録しているか。		
	① 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録		
	② 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録		
	③ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録		
	15 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、その後少なくとも3月に1回評価しているか。		
	② ①の確認及び評価の結果等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	⑤ ①の評価に基づき、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①～⑤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。		
	ア (1)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。		
	イ (1)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。		
	16 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LIFEを用いて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めるものについて、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)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。		
	ア (1)①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、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。		
	イ (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、おむつを使用しなくなったこと。		
	ウ (1)①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。		

指導事項		検 査 項 目	確 認 欄	備 考
		(3) 排せつ支援加算(Ⅲ)		
		(1)の①から③まで並びに(2)②ア及びイに掲げる基準のいずれにも適合しているか。		
		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。