

実地検査指導事項票

指定居宅介護支援（運営）

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：_____。

- 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「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。
- 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 介護支援専門員		
	(1) 1人以上を常勤で配置しているか。		
	(2) 員数は、利用者の数が44※又はその端数を増すごとに1となっているか。※当該事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49。介護予防利用者の数は3分の1を乗じて得た数とすること。		
	(3) 介護支援専門員の資格※を有しているか。※有効期限に注意		
	2 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) 主任介護支援専門員の資格※を有しているか。※令和9年3月31日まで経過措置あり		
	その他指導事項等		
II 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 運営規程		
	(1) 必要な項目は規定されているか。		
	(2) 項目の規定内容は適切か。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	3 勤務体制の確保		
	(1) 月ごとに勤務表を作成しているか。		
	介護支援専門員について、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) 雇用契約を締結する等、管理者の指揮命令が及んでいるか。		
	(3) 資質向上のために、研修の機会を確保しているか。		
	(4) 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。		
	4 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) 介護支援専門員に対し、業務継続計画を周知しているか。		
	(3) 介護支援専門員に対する研修について。		
	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) 介護支援専門員に対する訓練について。		
	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) 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。		
	5 感染症の予防及びまん延の防止のための措置		
	(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支援専門員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) 介護支援専門員に対する研修について。		
	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) 介護支援専門員に対する訓練について。		
	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。		
	6 秘密保持		
	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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	7 広告		
	虚偽又は誇大となっていないか。		
	8 苦情処理		
	苦情※を受け付けた場合、内容等を記録しているか。※自らが居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス等に対する苦情を含む。		
	9 事故発生時の対応		
	(1) 市町村、利用者家族等に連絡（報告）しているか。		
	(2) 事故状況、事故に際して採った処置を記録しているか。		
	(3) 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。		
	10 虐待の防止		
	(1) 虐待防止検討委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、介護支援専門員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) 介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。		
	① 定期的（年1回以上）に実施しているか。		
	② 新規採用時には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選任しているか。		
	その他指導事項等		
Ⅲ 介護給付費の算定及び取扱い			
	1 居宅介護支援費		
	(1) 取扱件数に応じた所定単位数を算定しているか。		
	(2) 同一敷地内建物等に居住する利用者について、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定しているか。		
	(3) 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者について、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	2 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減算しているか。		
	(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、従業員へ周知徹底		
	(2) 虐待防止の指針整備		
	(3) 従業員への、虐待防止研修の定期的実施		
	(4) 上記措置を実施するための担当者選任		
	3 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、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。		
	4 特定事業所集中減算		
	正当な理由なく、前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護サービス等の提供総数のうち、同一の事業者によって提供されたものの占める割合が100分の80を超えている場合、1月につき200単位を所定単位数から減算しているか。		
	5 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（A）		
	(1) 特定事業所加算（Ⅰ）		
	① 常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置しているか。		
	② 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置しているか。		
	③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催しているか。		
	④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保しているか。		
	⑤ 利用者の総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上であるか。		
	⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施しているか。		
	⑦ 包括から支援困難事例として紹介された場合においても、居宅介護支援を提供しているか。		
	⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	⑨ 特定事業所集中減算の適用を受けていないか。		
	⑩ 利用者数が介護支援専門員1人当たり45未満（居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は50未満）であるか。		
	⑪ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保しているか。		
	⑫ 他の法人が運営する事業所と共同で事例検討会、研修会等を実施しているか。		
	⑬ 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス（介護保険以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等）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。		
	(2) 特定事業所加算（Ⅱ）		
	①（1）の②～④及び⑥～⑬の基準に適合しているか。		
	② 常勤専従の主任介護支援専門員を配置しているか。		
	(3) 特定事業所加算（Ⅲ）		
	①（1）の③、④及び⑥～⑬の基準に適合しているか。		
	②（2）の②に適合しているか。		
	③ 常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置しているか。		
	(4) 特定事業所加算（A）		
	①（1）の③、④及び⑥～⑬の基準に適合しているか。ただし、（1）の④、⑥、⑪及び⑫の基準は、他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えない。		
	②（2）の②の基準に適合しているか。		
	③ 常勤専従の介護支援専門員を1名以上配置しているか。		
	④ 介護支援専門員を常勤換算方法で1以上配置しているか。ただし、当該介護支援専門員は他の事業所（①で連携している事業所がある場合は、当該連携先の事業所に限る）の職務と兼務をしても差し支えないものとし、利用者に対する居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該事業所の他の職務を兼務し、また、同一敷地内にある介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。		
	6 特定事業所医療介護連携加算		
	(1) 前々年度の3月から前年度の2月までの間において、退院・退所加算の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数（情報の提供を受けた回数）の合計が35回以上となっているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(2) 前々年度の3月から前年度の2月までの間において、ターミナルケアマネジメント加算を15回※以上算定しているか。※経過措置として、令和7年3月31日までの間は、従前のおり算定回数が5回以上の場合に要件を満たし、同年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が15回以上である場合に要件を満たすので、留意すること。		
	(3) 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定しているか。		
	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。

実地検査指導事項票

指定居宅介護支援（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： _____。

- 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 運営に関する基準			
	1 内容及び手続の説明及び同意		
	居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用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、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期限を確認しているか。		
	3 具体的取扱方針		
	(1) 利用者の日常生活全般を支援するため、介護保険以外の保健医療・福祉サービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めているか。		
	(2) 利用者が有する能力、その置かれている環境等を評価し、利用者が自立した生活を営むことができるように支援する上で、解決すべき課題を把握（アセスメント）しているか。		
	(3) アセスメントのため、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接しているか。		
	(4) サービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有し、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(5) 居宅サービス計画原案の内容について、利用者又はその家族へ説明を行い、文書により同意を得ているか。		
	(6) 居宅サービス計画を利用者及び担当者へ交付しているか。		
	(7) 定期的に居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、結果を記録しているか（月1回）。		
	(8) サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。		
	(9) 居宅サービス計画に位置付けた個別サービスにかかる当該計画の提出を求めているか。		
	(10) 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。		
	(11) 身体的拘束等を行う場合、要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか。		
	(12) 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か。		
	4 秘密保持		
	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、あらかじめ文書により得ているか。		
	その他指導事項等		
II 介護給付費の算定及び取扱い			
	1 運営基準減算		
	(1) 基準に定める規定に適合していない場合（(2)の①から⑤のいずれかに該当）、運営基準減算として所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定しているか。		
	(2) 運営基準減算に該当する状況が2月以上継続しているにもかかわらず、所定単位数を算定してはいないか。		
	① あらかじめ利用者に対して、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることについて説明を行っていない。		
	② 居宅サービス計画の新規作成及びその変更に当たって、次に掲げる業務を行っていない。		
	ア 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接している。		
	イ サービス担当者会議の開催等を行っている。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	ウ 居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付している。		
	③ 次に掲げる場合においてサービス担当者会議等を行っていない。		
	ア 居宅サービス計画を新規に作成した場合		
	イ 利用者が要介護更新認定を受けた場合		
	ウ 利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合		
	④ 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）に当たって、次に掲げるいずれかの方法により、利用者に面接していない。		
	ア 1月に1回、利用者の居宅を訪問することによって行う方法		
	イ 次のいずれにも該当する場合であって、2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行う方法		
	⑦ テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。		
	⑧ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。		
	a 利用者の心身の状況が安定していること。		
	b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。		
	c 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。		
	⑤ 1月以上、モニタリングの結果を記録していない。		
	2 初回加算 ※運営基準減算に該当する場合は算定不可		
	次のいずれかの場合に該当しているか。		
	(1) 新規に居宅サービス計画を作成する場合		
	(2) 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合		
	(3) 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合		
	3 入院時情報連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	病院等に居宅サービス計画等により情報提供しているか。		
	(Ⅰ) 入院した日のうちに、情報提供をしていること。		
	(Ⅱ) 入院した日の翌日又は翌々日に、情報提供をしていること。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	4 退院・退所加算 ※初回加算を算定する場合は算定不可		
	病院等から利用者に係る必要な情報の提供を受けているか。		
	(Ⅰ) イ カンファレンス以外の方法で1回受けていること。		
	(Ⅰ) ロ カンファレンスにより1回受けていること。		
	(Ⅱ) イ カンファレンス以外の方法で2回以上受けていること。		
	(Ⅱ) ロ 2回受けており、うち1回以上カンファレンスにより受けていること。		
	(Ⅲ) 3回以上受けており、うち1回以上カンファレンスにより受けていること。		
	5 通院時情報連携加算		
	(1) 利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席しているか。		
	(2) 医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行っているか。		
	(3) 医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録しているか。		
	(4) 同席にあたっては、利用者の同意を得ているか。		
	6 緊急時等居宅カンファレンス加算		
	(1) 病院等の求めにより、医師等と共に利用者宅を訪問し、カンファレンスを行っているか。		
	(2) カンファレンスの実施日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載しているか。		
	(3) 必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	7 ターミナルケアマネジメント加算		
	(1) ターミナルケアマネジメントを受ける利用者について、24時間連絡体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備しているか。		
	(2) 終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握した上で、利用者又はその家族の同意を得ているか。		
	(3) 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた事業者へ情報提供しているか。		
	(4) 次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しているか。		
	① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録		
	② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録		
	③ 利用者が、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に該当することを確認した日及びその方法		
	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。