実地検査指導事項票　　指定(介護予防)認知症対応型通所介護　　(運営管理)

検　査　日　：　令和　年（　　年）月　日（　）．　事業者名称　：　　．

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　生活相談員		
		（1）1以上※確保しているか。 ※サービス提供時間帯に勤務している時間数の合計数を提供時間帯の時間数で除して得た数		
		（2）必要な資格を有しているか。		
		2　看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」）又は介護職員		
		（1）単位ごとに、看護職員又は介護職員を2人以上配置しているか。		
		（2）単位ごとに、看護職員又は介護職員を常時1人以上配置しているか。		
		（3）他の認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護職員として従事している場合、利用者の処遇に支障がないか。		
		3　機能訓練指導員		
		（1）1以上※配置しているか。※当該事業所の他の職務に従事可		
		（2）必要な資格を有しているか。		
		4　常勤職員		
		（1）生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤職員か。		
		5　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）「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。		
		その他の指導内容等		

※指導事項は✓印を付す

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）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）利用者からの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　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に連絡しているか。		
		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　勤務体制の確保等		
		（1）月ごとに勤務表を作成しているか。		
		従業者について、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、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）資質向上のために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。		
		6　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。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		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）計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行っているか。		
		７　定員の遵守		
		利用定員を超えていないか。		
		８　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）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）計画及び体制について、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実施しているか。		
		９　衛生管理等		
		（１）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６月に１回開催するとともに、その結果を、従業者に周知しているか。		
		（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）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（それぞれ年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、必要な措置を講じているか。		
		１１　広告		
		広告は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、事業所に掲示等しているか。		
		（２）苦情の内容等を記録し、保管しているか。		
		１３　地域との連携等（運営推進会議）		
		（１）おおむね６月に１回以上開催しているか。		
		（２）活動状況の報告を行い、評価を受けているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（３）運営推進会議で挙がった要望や助言を記録しているか。		
		（４）運営推進会議の会議録を公表しているか。		
		１４　事故発生時の対応		
		（１）事故が発生した場合は、市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡をしているか。		
		（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、速やかに賠償を行っているか。		
		１５　虐待の防止		
		（１）虐待防止検討委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知しているか。		
		（２）虐待の防止のための指針を整備しているか。		
		（３）虐待の防止のため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選任しているか。		
Ⅳ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　所定単位数の算定、所要時間による区分の取扱い		
		（１）利用定員を超える場合、100分の70で算定しているか。		
		（２）看護職員又は介護職員の員数の基準を満たさない場合、100分の70で算定しているか。		
		①　1割を超えて減少した場合（翌月から減算する。）		
		②　1割の範囲内で減少した場合（翌々月から減算する。※ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）		
		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に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っている。		
		（２）虐待の防止のための指針を整備している。		
		（３）従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に（年１回以上）実施している。		
		（４）上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選任している。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		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　ADL維持等加算　（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）ADL維持等加算（Ⅰ）		
		①　利用者等（評価対象利用期間が６月を超える者）の総数が10人以上か。		
		②　利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して６月目（６月目に利用がない場合は利用があった最終月）においてADLを評価し、その評価に基づくADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。		
		③　利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済ADL利得）について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ１割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価利用対象者等の調整済ADL利得を平均して得た値が１以上であるか。		
		（２）ADL維持等加算（Ⅱ）		
		①　（１）の①及び②に適合しているか。		
		②　評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が３以上であるか。		
		５　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。※サービス利用開始月とその後少なくとも３月に１度評価を行い、翌月の10日までにデータを提出しているか。		
		（２）必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、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。		
		６　事業所と同一建物に居住する利用者等に対する取扱い		
		事業所と同一建物に居住する利用者や同一建物から通う利用者にサービスを提供した場合、所定単位数から94単位を減算しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		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　次のいずれかに該当すること。		
		イ　介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上か。		
		ロ　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25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）		
		①　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。		
		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。		
		イ　介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の40以上か。		
		ロ　利用者に直接サービスを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。		
		８　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）		
		基準に適合しているか。		
		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。

実地検査指導事項票　指定(介護予防)認知症対応型通所介護（利用者サービス）

検　査　日　：　令和　年（　　年）月　日（　）．　事業者名称　：　．

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重要事項を記した文書を交付して、利用申込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。		
		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　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把握に努めているか。		
		4　居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携		
		サービス担当者会議等を通じて介護支援専門員（介護予防支援事業者）や他サービスと密接な連携に努めているか。		
		5　居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供		
		居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスが提供されているか。		
		6　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なサービス内容等を記録しているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		（３）送迎を適切に行っているか。		
		７　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に場合に要件（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、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。		
		８　（介護予防）認知症対応型通所介護計画の作成		
		（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。		
		（２）機能訓練等の目標、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。		
		（３）居宅サービス計画に基づいて認知症対応型通所介護計画を作成しているか。		
		（４）利用者又はその家族への説明・同意・交付を行っているか。		
		（５）利用者について、認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行っているか。		
		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、あらかじめ文書により得ているか。		
Ⅱ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　所定単位数の算定、所要時間による区分の取扱い		
		（１）所要時間、延長サービスは適正か。		
		（２）２時間以上３時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合の取扱いは適正か。		
		２　入浴介助加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）入浴介助加算（Ⅰ）		
		① 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助か。		
		② 入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行っているか。		
		（２）入浴介助加算（Ⅱ）		
		①（１）に適合しているか。		
		② 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」）が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価しているか。 　この際、居宅の浴室が、利用者又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合には、訪問した医師等が介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っているか。　※ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えない。		
		③ 機能訓練指導員等が共同して、医師等との連携の下で、利用者の身体の状況、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成しているか。　※ただし個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって、個別の入浴計画に代えることができる。		
		④ ③の入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境（利用者の居宅の浴室の手すりの位置や、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう）で、入浴介助を行っているか。		
		３　生活機能向上連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
		① 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーション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、当該認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同してアセスメント、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た機能訓練を適切に提供しているか。		
		④ 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、必要に応じ訓練内容の見直しを行っているか。		
		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、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能であるか。		
		（２）生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
		① 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又は		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該認知症対応型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の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た機能訓練を適切に提供しているか。		
		④ 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、必要に応じ訓練内容の見直しを行っているか。		
		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、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能であるか。		
		４　個別機能訓練加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）個別機能訓練加算（Ⅰ）		
		① １日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているか。		
		② 機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、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 個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っているか。		
		④ 開始時及びその3か月後に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、常に個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるか。		
		（２）個別機能訓練加算（Ⅱ）		
		① （１）を算定しているか。		
		② 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練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　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）利用者ごとに担当者を定め、特性に合っ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		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		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。）		
		（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）栄養アセスメントを行い、管理栄養士等が共同して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）栄養ケア計画に従い、必要に応じて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提供し、栄養状態を定期的に記録しているか。		
		（６）栄養改善サービスの提供に当たり、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）概ね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）継続する場合、その必要性を確認しているか。		
		(10) 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）		
		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を確認し、利用者の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 利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し、利用者の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。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		・　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 ・　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		
		（２）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		
		①又は②に適合すること。		
		① 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		
		ア （１）①及び③の基準に適合すること。		
		イ 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こと。		
		ウ 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ではないこと。		
		② 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		
		ア （１）②及び③の基準に適合すること。		
		イ 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、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こと。		
		ウ 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こと。		
		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。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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者又は家族に説明し、同意を得ているか。		
		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。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備考
		⑤ 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 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		⑦ 継続する場合、その必要性を確認しているか。		
		（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。		
		１０　送迎を行わない場合の減算		
		片道47単位減算しているか。		
		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。