

# 実地検査指導事項票 介護老人保健施設、指定(介護予防)短期入所療養介護 (運営管理)

検査日：令和 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   |     |    |
|      | <b>【共通】</b>  |     |    |
|      | 1 医師   |     |    |
|      | 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上か。   |     |    |
|      | 2 薬剤師  |     |    |
|      | 介護老人保健施設の実情に応じた適当数か。<br>※薬剤師の員数は、入所者の数を300で除した数以上を標準とする。   |     |    |
|      | 3 看護職員（看護師又は准看護師）又は介護職員  |     |    |
|      | 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。<br>(常勤専従)<br>※看護職員の員数は看護・介護職員総数の7分の2程度を、介護職員の員数は看護・介護職員総数の7分の5程度をそれぞれ標準とする。 |     |    |
|      | 4 支援相談員  |     |    |
|      | 1以上か。入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上か。                                     |     |    |
|      | 5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士   |     |    |
|      | 常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上か。  |     |    |
|      | 6 栄養士又は管理栄養士   |     |    |
|      | 入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては、1以上か。  |     |    |
|      | 7 介護支援専門員  |     |    |
|      | 1以上か。(常勤専従)<br>※入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。  |     |    |

| 指導事項            | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|-----------------|--|-------------|-----|
|                 | その他指導事項等   |             |     |
|                 |  |             |     |
| II 施設及び設備に関する基準 |  |             |     |
| 【共通】            |  |             |     |
|                 | 1 許可申請時（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    |  |             |     |
| 【介護老人保健施設】      |  |             |     |
|                 | 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 介護老人保健施設サービスの取扱方針（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 管理者による管理   |             |     |
|                 | (1) 管理者は常勤専従か。   |             |     |
|                 | (2) 他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。  |             |     |
|                 |  |             |     |
|                 | 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。   |             |     |
|                 |  |             |     |
|                 | 6 勤務体制の確保等   |             |     |
|                 | (1) 原則として月ごとの勤務表を作成しているか。<br>従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員等の配置等を明確にしているか。 |             |     |
|                 | (2) 雇用契約等を締結しているか。   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (3) 入所者の処遇に直接影響する業務を委託していないか。  |             |     |
|      | (4) 資質向上のための研修等の機会を確保しているか。  |             |     |
|      | (5) 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。                                       |             |     |
|      | (6) 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。                          |             |     |
|      | <b>7 業務継続計画の策定等</b>  |             |     |
|      | (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。   |             |     |
|      | <b>8 定員の遵守</b>   |             |     |
|      | 入所定員及び療養室の定員を超えて入所させていないか。   |             |     |
|      | <b>9 非常災害対策</b>  |             |     |
|      | (1) 非常災害（火災・風水害・地震等）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体制を整備しているか。  |             |     |
|      | (3) 避難・救出等の訓練を定期的実施しているか。  |             |     |
|      | <b>10 衛生管理等</b>  |             |     |
|      | (1) 感染症及び食中毒の予防・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、従業員に周知しているか。 |             |     |
|      | (2) 感染症及び食中毒の予防・まん延の防止のための指針を整備しているか。  |             |     |
|      | (3) 従業員に対し、感染症及び食中毒の予防・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2回以上）実施し、内容を記録しているか。         |             |     |
|      | <b>11 秘密保持等</b>  |             |     |
|      | 退職者を含む従業員が、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。                              |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | 1 2 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。<br>※ウェブサイトへの掲載は、令和7年4月1日から適用。 |             |     |
|      | (2) 苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保存しているか。  |             |     |
|      | 1 3 事故発生の防止及び発生時の対応  |             |     |
|      | (1) 事故発生の防止のための指針を整備しているか。   |             |     |
|      | (2) 市町村、入所（利用）者家族等に連絡しているか。  |             |     |
|      | (3) 事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか。   |             |     |
|      | (4) 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。   |             |     |
|      | (5) 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。  |             |     |
|      | (6) (1) から (5) までの措置を適切に実施するための担当者を置いているか。   |             |     |
|      | 1 4 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を開催し、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。   |             |     |
|      | 1 5 介護現場の生産性の向上<br>※令和9年3月31日まで努力義務  |             |     |
|      | 入所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を開催しているか。                                  |             |     |
|      | その他指導事項等   |             |     |
|      |  |             |     |
|      |  |             |     |

| 指導事項               | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|--------------------|--|-------------|-----|
| 【指定(介護予防)短期入所療養介護】 |  |             |     |
|                    | 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 指定短期入所療養介護の取扱方針（身体的拘束等の適正化）                              |             |     |
|                    | ※令和7年3月31日まで努力義務   |             |     |
|                    | (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 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) 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、専従の生活相談員、                             |             |     |
|                    | 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。                                       |             |     |
|                    |  |             |     |
|                    |  |             |     |
|                    |  |             |     |
|                    | 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）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。                                   |             |     |
|                    |  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (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。   |             |     |
|      | <b>7 定員の遵守</b>   |             |     |
|      | 入所定員及び療養室の定員を超えて入所させていないか。   |             |     |
|      | <b>8 非常災害対策</b>  |             |     |
|      | (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、内容を記録しているか。                 |             |     |
|      | <b>9 衛生管理等</b>   |             |     |
|      | (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、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（年1回以上）実施し、内容を記録しているか。                           |             |     |
|      | <b>10 秘密保持等</b>  |             |     |
|      | 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。  |             |     |
|      | <b>11 苦情処理</b>   |             |     |
|      | (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。※ウェブサイトへの掲載は、令和7年4月1日から適用。 |             |     |
|      | (2) 苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保存しているか。  |             |     |
|      | <b>12 介護現場の生産性の向上</b> ※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。                              |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 1 3 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（報告）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。                  |             |     |
|      | 1 4 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。                  |             |     |
|      | その他指導事項等  |             |     |
|      |   |             |     |
|      |   |             |     |

| 指導事項             | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------------------|---|-------------|-----|
| IV 介護給付費の算定及び取扱い |   |             |     |
| 【介護老人保健施設】       |   |             |     |
|                  | 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100分の97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、100分の70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に、1日につき所定単位数の100分の97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人以上の看護又は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) 身体的拘束適正化のための指針を整備している。  |             |     |
|                  | (3) 身体的拘束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) 事故が発生した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。 |             |     |
|                  | (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<br>に実施している。                             |             |     |
|                  | 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。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | (4) 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を置いている。   |             |     |
|      | <b>5 高齢者虐待防止措置未実施減算</b>   |             |     |
|      | 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し、従業員へ周知徹底   |             |     |
|      | (2) 虐待防止の指針の整備  |             |     |
|      | (3) 従業員への、虐待防止のための研修の定期的（年2回以上）実施   |             |     |
|      | (4) 上記措置を実施するための担当者を設置  |             |     |
|      | <b>6 業務継続計画未策定減算</b>  |             |     |
|      | 以下の基準に適合していない場合、所定単位数の100分の3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。   |             |     |
|      | ※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。                          |             |     |
|      | <b>7 夜勤職員配置加算</b>   |             |     |
|      | 夜勤を行う看護・介護職員の数が次の基準に適合しているか。  |             |     |
|      | (1) 入所者の数が41以上の施設にあっては、入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2を超えているか。※                                       |             |     |
|      | (2) 入所者の数が40以下の施設にあっては、入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、1を超えているか。※                                       |             |     |
|      | ※暦月ごとに夜勤時間帯（22：00～5：00を含めた連続する16時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定（小数点第3位以下は切捨て）             |             |     |
|      | <b>8 認知症ケア加算</b>  |             |     |
|      | (1) 認知症の入所者と他の入所者を区別しているか。  |             |     |
|      | (2) 専ら認知症の入所者を入所させるための施設であるか。（原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものではないものか） |             |     |
|      | (3) 入所定員は40人を標準としているか。  |             |     |
|      | (4) 入所定員の1割以上の数の個室を設けているか。  |             |     |
|      | (5) 療養室以外の生活の場として入所定員1人当たりの面積が2㎡以上のデイルームを設けているか。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (6) 入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、面積30㎡以上のものを設けているか。  |             |     |
|      | (7) サービスを行う単位ごとの入所者数について、10人を標準としているか。   |             |     |
|      | (8) サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置しているか。  |             |     |
|      | (9) ユニット型でないか。   |             |     |
|      | 9 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |             |     |
|      | （Ⅰ）在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）  |             |     |
|      | ①在宅復帰指標が40以上であるか。  |             |     |
|      | ②地域に貢献する活動を行っているか。   |             |     |
|      | ③介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅱ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは経過ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）を算定しているか。                           |             |     |
|      | （Ⅱ）在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）  |             |     |
|      | ①在宅復帰指標が70以上であるか。  |             |     |
|      | ②介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定しているか。                           |             |     |
|      | 10 協力医療機関連携加算  |             |     |
|      | （Ⅰ）病歴等の情報共有について、利用者の同意を得ているか。  |             |     |
|      | （Ⅱ）当該利用者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的（概ね月に1回以上）に開催しているか。又は、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の利用者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催しているか。 |             |     |
|      | （Ⅲ）テレビ電話装置等での会議の場合、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。                            |             |     |
|      | （Ⅳ）会議の開催状況について、概要を記録しているか。   |             |     |
|      | 11 栄養マネジメント強化加算  |             |     |
|      | （Ⅰ）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。   |             |     |

| 指導事項 | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------|---|-----|----|
|      | (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。  |     |    |
|      | 12 認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |     |    |
|      | (1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）  |     |    |
|      | ①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に該当する入所者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であるか。   |     |    |
|      | ②「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、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者の数が20人以上の場合は1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症のケアを実施しているか。                        |     |    |
|      | ③施設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で開催しているか。  |     |    |
|      | (2) 認知症専門ケア加算（Ⅱ）  |     |    |
|      | ①（1）の基準のいずれにも適合しているか。   |     |    |
|      | ②「認知症介護指導者研修」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、施設全体の認知症ケアの指導等を実施している。   |     |    |
|      | ③施設における介護職員、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、研修を実施又は実施を予定している。  |     |    |
|      | 13 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）、（Ⅱ）  |     |    |
|      | (1) 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）   |     |    |
|      | ①入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であるか。   |     |    |
|      | ②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいるか。 |     |    |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | ③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っているか。 |             |     |
|      | ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っているか。 |             |     |
|      | (2) 認知症チームケア推進加算 (II)  |             |     |
|      | ① (1) ①、③及び④に掲げる基準に適合しているか。  |             |     |
|      | ②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護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、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいるか。        |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 1 4 科学的介護推進体制加算 (I)、(II)   |             |     |
|      | (1) 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。  |             |     |
|      | (2) 科学的介護推進体制加算 (II)   |             |     |
|      | ① (1) 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) ①及び(2) ①に規定する情報等を活用しているか。                                     |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 1 5 安全対策体制加算   |             |     |
|      | (1) 事故発生の防止のための指針を整備しているか。   |             |     |
|      | (2) いずれにも該当しているか。  |             |     |
|      | ① 介護事故等について報告するための様式を整備していること。   |             |     |
|      | ② 介護職員等は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。                                   |             |     |
|      | ③ (3) の事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。  |             |     |
|      | ④ 分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。  |             |     |
|      | ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。  |             |     |
|      | ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。  |             |     |
|      | (3) 事故発生防止のための委員会を開催しているか。   |             |     |
|      | (4) 従業者に対する研修について。   |             |     |
|      | ①定期的に(年2回以上)研修を実践しているか。  |             |     |
|      | ②新規採用時に研修を実施しているか。   |             |     |
|      | ③研修の内容を記録しているか。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (5) (1) から (4) 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。  |             |     |
|      | (6) (5) 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。   |             |     |
|      | (7) 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を整備しているか。  |             |     |
|      | (8) 入所初日に限り算定しているか。  |             |     |
|      |  |             |     |
|      | <b>16 高齢者施設等感染対策向上加算 (I)、(II)</b>  |             |     |
|      | (1) 高齢者施設等感染対策向上加算 (I)   |             |     |
|      | ① 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保しているか。  |             |     |
|      | ② 協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症（新興感染症を除く）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応しているか。  |             |     |
|      | ③ 当該施設において感染対策を担当する者が、感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加して指導及び助言を受けているか。  |             |     |
|      | ④ 介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、③の医療機関における研修又は訓練の内容が含まれているか。  |             |     |
|      | (2) 高齢者施設等感染対策向上加算 (II)  |             |     |
|      | ① 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関（医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定）から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けているか。   |             |     |
|      | ② 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、   |             |     |
|      | (2) ①の医療機関による実地指導の内容が含まれているか。  |             |     |
|      |  |             |     |
|      | <b>17 新興感染症等施設療養費</b>  |             |     |
|      | 入所者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策（手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等）を行っているか。 |             |     |
|      |  |             |     |
|      | <b>18 生産性向上推進体制加算 (I)、(II)</b>   |             |     |
|      | (1) 生産性向上推進体制加算 (I)  |             |     |
|      | 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か。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>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か。  |             |     |
|      | ③ 介護機器を複数種類活用しているか。   |             |     |
|      | 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しているか。 |             |     |
|      | 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しているか。   |             |     |
|      | (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)  |             |     |
|      | ① (1) ①に適合しているか。  |             |     |
|      | ② 介護機器を活用しているか。   |             |     |
|      | 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か。   |             |     |
|      | 19 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。   |             |     |
|      | ・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。   |             |     |
|      | 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。   |             |     |
|      | ③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。  |             |     |
|      | (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。  |             |     |
|      | ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。  |             |     |
|      | (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)   |             |     |
|      | ① 次のいずれかに該当しているか。   |             |     |
|      | ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上。   |             |     |
|      | ・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。   |             |     |
|      | ・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。   |             |     |
|      | ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | 20 介護職員等処遇改善加算 ※(V)は令和7年3月31日まで<br>(I)、(II)、(III)、(IV)、(V) |             |     |
|      | 基準に適合しているか。  |             |     |
|      | その他指導事項等   |             |     |
|      |  |             |     |
|      |  |             |     |

| 指導事項               | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|--------------------|--|-------------|-----|
| 【指定(介護予防)短期入所療養介護】 |  |             |     |
|                    | 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100分の97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、100分の70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 ※ユニット型老健で満たしていればOK                                     |             |     |
|                    | 次のことを満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97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1に相当する単位数を減算しているか。 ※令和7年3月31日までは適用しない。          |             |     |
|                    | (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) 身体的拘束適正化のための指針を整備している。   |             |     |
|                    | (3) 身体的拘束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 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し、従業者への周知徹底                                 |             |     |
|                    | (2) 虐待防止の指針を整備   |             |     |
|                    | (3) 従業者への、虐待防止のための研修の定期的（年2回以上）実施  |             |     |
|                    | (4) 上記措置を実施するための担当者を設置   |             |     |
|                    |  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 5 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。<br>※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。 |             |     |
|      |   |             |     |
|      | 6 夜勤職員配置加算  |             |     |
|      | 夜勤を行う看護・介護職員の数が次の基準に適合しているか。  |             |     |
|      | (1) 入所者の数が41以上の施設にあっては、入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2を超えているか。※   |             |     |
|      | (2) 入所者の数が40以下の施設にあっては、入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、1を超えているか。※   |             |     |
|      | ※暦月ごとに夜勤時間帯（22：00～5：00を含めた連続する16時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定（小数点第3位以下は切捨て）                   |             |     |
|      | 7 認知症ケア加算 ※老健で満たしていれば可  |             |     |
|      | (1) 認知症の入所者と他の入所者を区別しているか。  |             |     |
|      | (2) 専ら認知症の入所者を入所させるための施設であるか（原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものではないものか）。       |             |     |
|      | (3) 入所定員は40人を標準としているか。  |             |     |
|      | (4) 入所定員の1割以上の数の個室を設けているか。  |             |     |
|      | (5) 療養室以外の生活の場として入所定員1人当たりの面積が2㎡以上のデイルームを設けているか。  |             |     |
|      | (6) 入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、面積30㎡以上のものを設けているか。   |             |     |
|      | (7) サービスを行う単位ごとの入所者数について、10人を標準としているか。  |             |     |
|      | (8) サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置しているか。   |             |     |
|      | (9) ユニット型でないか。  |             |     |
|      |   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | 8 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |             |     |
|      | （Ⅰ）在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）  |             |     |
|      | ① 在宅復帰指標が40以上であるか。   |             |     |
|      | ② 地域に貢献する活動を行っているか。  |             |     |
|      | ③ 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）若しくは（ⅱ）又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）を算定しているか。 |             |     |
|      | （Ⅱ）在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）  |             |     |
|      | ① 在宅復帰指標が70以上であるか。   |             |     |
|      | ② 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）を算定しているか。 |             |     |
|      | 9 認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |             |     |
|      | （Ⅰ）認知症専門ケア加算（Ⅰ）  |             |     |
|      | ①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に該当する入所者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であるか。  |             |     |
|      | ②「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、対象者の数が20人未満の場合は1以上、対象者の数が20人以上の場合は1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症のケアを実施しているか。     |             |     |
|      | ③施設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に開催しているか。   |             |     |
|      | （Ⅱ）認知症専門ケア加算（Ⅱ）  |             |     |
|      | ①（Ⅰ）の基準のいずれにも適合しているか。  |             |     |
|      | ②「認知症介護指導者研修」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、施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。   |             |     |
|      | ③施設における介護職員、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、研修を実施又は実施を予定しているか。  |             |     |

| 指導事項 | 検査項目  | 確認欄 | 備考 |
|------|---|-----|----|
|      | 10 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |     |    |
|      | (1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）  |     |    |
|      | 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か。          |     |    |
|      | 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か。  |     |    |
|      | ③ 介護機器を複数種類活用しているか。   |     |    |
|      | 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しているか。 |     |    |
|      | 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しているか。  |     |    |
|      | (2) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）  |     |    |
|      | ①（1）①に適合しているか。  |     |    |
|      | ②介護機器を活用しているか。  |     |    |
|      | 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か。   |     |    |
|      | 11 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。   |     |    |
|      | ア 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。  |     |    |
|      | イ 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。  |     |    |
|      | 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。  |     |    |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>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こと。                                    |             |     |
|      | ア 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。                   |             |     |
|      | イ 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。                 |             |     |
|      | ウ 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。 |             |     |
|      | ②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。                           |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 12 介護職員等処遇改善加算 ※(Ⅴ)は令和7年3月31日まで                    |             |     |
|      | (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)、(Ⅴ)                                |             |     |
|      | 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。

# 実地検査指導事項票 介護老人保健施設、指定(介護予防)短期入所療養介護（サービス）

検査日：令和 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「指導結果」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 |
|-------------------|---|-----|----|
| <b>I 運営に関する基準</b> |   |     |    |
| <b>【介護老人保健施設】</b> |   |     |    |
|                   | <b>1 内容及び手続きの説明及び同意</b>   |     |    |
|                   | サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所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。           |     |    |
|                   | <b>2 受給資格等の確認</b>   |     |    |
|                   | 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。   |     |    |
|                   | <b>3 入退所</b>  |     |    |
|                   | (1) 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ているか。                                     |     |    |
|                   | (2) 入所者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。  |     |    |
|                   | (3) 入所者が居宅において日常生活を営むことができるか、多職種（医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等）で定期的に協議・検討しているか。 |     |    |
|                   | <b>4 サービスの提供の記録</b>   |     |    |
|                   | 提供した具体的なサービスの内容等（サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況その他必要な事項）について記録しているか。               |     |    |
|                   | <b>5 介護保健施設サービスの取扱方針（身体的拘束等の適正化）</b>  |     |    |
|                   | (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。                   |     |    |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 6 施設サービス計画の作成   |             |     |
|      | (1) 介護支援専門員が作成しているか。  |             |     |
|      | (2) 入所者及び家族に面接しアセスメントを実施しているか。  |             |     |
|      | (3) 入所者の希望、アセスメントの結果及び医師の治療方針に基づき、入所者及び家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、サービスの目標及び目標の達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しているか。 |             |     |
|      | (4) サービス担当者会議等の開催により、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。   |             |     |
|      | (5) 原案の内容について利用者又は家族に対して説明し、文書により同意を得て、交付しているか。   |             |     |
|      | (6) 計画の実施状況を把握し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っているか。   |             |     |
|      | (7) 入所者の心身の状況に応じたモニタリングを次のとおり実施しているか。   |             |     |
|      | ①定期的に入所者に面接しているか。   |             |     |
|      | ②定期的モニタリングの結果を記録しているか。  |             |     |
|      | 7 栄養管理  |             |     |
|      | (1) 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。                        |             |     |
|      | (2) 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。  |             |     |
|      | (3) 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。   |             |     |
|      | ※ 栄養士のみが配置されている施設や、栄養士又は管理栄養士を置かないことが出来る施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこと。  |             |     |

| 指導事項                      | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|---------------------------|--|-------------|-----|
|                           | <b>8 口腔衛生の管理</b>   |             |     |
|                           | (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) 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施しているか。                         |             |     |
|                           | (3) (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   |             |     |
|                           | <b>9 看護及び医学的管理の下における介護</b>   |             |     |
|                           | 入浴回数は適切か、また、褥瘡予防体制は整備されているか。   |             |     |
|                           | <b>10 秘密保持等</b>  |             |     |
|                           | 個人情報の利用に当たり、入所者から同意を得ているか。   |             |     |
|                           | その他指導事項等   |             |     |
| <b>【指定(介護予防)短期入所療養介護】</b> |  |             |     |
|                           | <b>1 内容及び手続きの説明及び同意</b>  |             |     |
|                           | サービス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、同意を得ているか。                  |             |     |
|                           | <b>2 受給資格等の確認</b>  |             |     |
|                           | 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。  |             |     |
|                           | <b>3 心身の状況等の把握</b>   |             |     |
|                           | サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めているか。  |             |     |
|                           | <b>4 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供</b>   |             |     |
|                           | 居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されているか。   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 5 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内容等が記録されているか。   |             |     |
|      |   |             |     |
|      | 6 (介護予防)短期入所療養介護の取扱方針(身体的拘束等の禁止)  |             |     |
|      | (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、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。  |             |     |
|      |   |             |     |
|      | 7 (介護予防)短期入所療養介護計画の作成   |             |     |
|      | (1) 利用者の心身の状況、病状、希望、その置かれている環境、医師の診療の方針(介護予防は除く)を踏まえているか。   |             |     |
|      | (2) サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間(介護予防のみ)等を記載しているか。                                      |             |     |
|      | (3) 居宅サービス計画に基づいて短期入所療養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) 利用者について、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。   |             |     |
|      |   |             |     |
|      | 8 看護及び医学的管理の下における介護   |             |     |
|      | (1) 入浴の方法及び回数は適切か。  |             |     |
|      | (2) 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。  |             |     |
|      |   |             |     |
|      | 9 秘密の保持等  |             |     |
|      | 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。  |             |     |
|      |   |             |     |
|      | その他指導事項等  |             |     |
|      |   |             |     |
|      |   |             |     |
|      |   |             |     |
|      |   |             |     |

| 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 |  |       |     |
| 【介護老人保健施設】       |  |       |     |
|                  | 1 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。   |       |     |
|                  | ・身体拘束等を行う場合には、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。   |       |     |
|                  | 2 栄養管理に係る減算  |       |     |
|                  | 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。<br>※入所定員100以上の場合  |       |     |
|                  | 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。<br>※栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことのできる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこと。 |       |     |
|                  | 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。  |       |     |
|                  | 3 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）、（Ⅱ）   |       |     |
|                  | （Ⅰ）短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）  |       |     |
|                  | ① 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「医師等」）が、入所の日から起算して3月以内の期間に20分以上の個別リハビリテーションを、1週につきおおむね3日以上実施しているか。                       |       |     |
|                  | ② 過去3ヶ月の間に、介護老人保健施設に入所したことが無いか。<br>（一定の条件を満たす場合を除く）  |       |     |
|                  | ③ 原則、入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行っているか。   |       |     |
|                  | ④ ③の結果等の情報を厚生労働省に（LIFEを用いて）提出しているか。  |       |     |
|                  | ⑤ 必要に応じてリハビリテーション計画を見直しているか。   |       |     |
|                  | （Ⅱ）短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）<br>※（Ⅰ）を算定している場合にあっては、（Ⅱ）は算定できない。  |       |     |
|                  | ①（Ⅰ）の①、②に適合するか。  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | 4 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）、（Ⅱ）  |             |     |
|      | （Ⅰ）認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）   |             |     |
|      | ① リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されているか。  |             |     |
|      | ② リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであるか。  |             |     |
|      | ③ 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラム（認知症に対して効果の期待できるものであること）を週3日実施しているか。                                     |             |     |
|      | ④ 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション計画を作成しているか。 |             |     |
|      | ⑤ リハビリテーションに関わる医師は、精神科医師、神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了しているか。   |             |     |
|      | ⑥ リハビリテーションは、1人の利用者に対して、1人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行っているか。   |             |     |
|      | ⑦ 利用者に対し個別に20分以上、当該リハビリテーションを行っているか。   |             |     |
|      | ⑧ 対象となる入所者はMMS E (Mini Mental State Examination)又は、HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者か。                                       |             |     |
|      | ⑨ 当該リハビリテーションについての記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)を利用者ごとに保管しているか。   |             |     |
|      | ⑩ 過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していないか。  |             |     |
|      | ⑪ 入所者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成しているか。                           |             |     |
|      | （Ⅱ）認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）   |             |     |
|      | ①（Ⅰ）①～⑩に適合するか。   |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 5 若年性認知症入所者受入加算  |             |     |
|      | ※「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定不可  |             |     |
|      | （Ⅰ）若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めているか。  |             |     |
|      | （Ⅱ）当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供しているか。   |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 6 入所者が外泊した時の費用の算定について  |             |     |
|      | （Ⅰ）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362単位を算定しているか。   |             |     |
|      | （Ⅱ）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   |       |     |
|      | ※入所者が外泊した時の費用の算定をした場合、算定不可   |       |     |
|      | (1) 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800単位を算定しているか。  |       |     |
|      | (2) 試行的な退所に係る初日及び最終日は算定していないか。   |       |     |
|      | (3) 施設従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切なサービスが提供されているか。   |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 8 ターミナルケア加算  |       |     |
|      | (1) 回復の見込みのない入所者で、本人又は家族に随時十分な説明を行い、同意を得ているか。  |       |     |
|      | (2) 死亡前に他の医療機関等に移ったり、自宅等に戻った場合に、ターミナルケアを直接行っていない退所の翌日から死亡までの期間を算定していないか。   |       |     |
|      | (3) 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画を作成しているか。   |       |     |
|      | (4) 本人又は家族に対する同意について、口頭の場合は、説明日時、内容等と同意を得た旨を記録しているか。また、本人が判断できる状態でなく、家族の来所も見込めない場合には、医師、看護師、介護職員等が随時相談し、共同してターミナルケアを行っているか。                        |       |     |
|      | (5) 本人又は家族が、個室でのターミナルケアを希望する場合に、意向に沿えるよう考慮しているか。   |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 9 初期加算 (I)、(II)  |       |     |
|      | (1) 初期加算 (I)   |       |     |
|      | 次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算 (I) として、1日につき所定単位数を加算する。 |       |     |
|      | ① 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に情報を共有し、定期的 (概ね月に2回以上) に更新をしているか。(電子的システムにより当該介護老人保健施設の空床情報を医療機関が随時確認できる場合であれば良い。)                 |       |     |
|      | ② 当該介護老人保健施設の空床情報をウェブサイト公表した上で定期的に更新するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的 (概ね月に2回以上) に情報共有を行っているか。(対面に限らず、電話や電子メール等による方法により、共有することとしても差し支えない。)      |       |     |
|      | (2) 初期加算 (II)  |       |     |
|      | 入所した日から起算して30日以内の期間であるか。   |       |     |
|      | ※ただし、初期加算 (I) を算定している場合は算定できない。  |       |     |
|      |  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 10 退所時栄養情報連携加算  |             |     |
|      | (1) 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が居宅に退所する場合、入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、又は、入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該介護老人保健施設の管理栄養士が入所者の同意を得て、当該入所者の栄養管理に関する情報を提供しているか。 |             |     |
|      | (2) 入所者が退所した日の属する月において、1月に1回を限度としているか。  |             |     |
|      | (3) 栄養管理に関する情報内容は、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等であるか。  |             |     |
|      | (4) 加算の対象となる特別食は、適切なものであるか。   |             |     |
|      | 11 再入所時栄養連携加算 ※栄養管理に係る減算を行っている場合算定しない。  |             |     |
|      | (1) 入所している者が退所し、当該者が医療機関に入院し、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であるか。  |             |     |
|      | (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。  |             |     |
|      | 12 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）、（Ⅱ）  |             |     |
|      | (1) 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）   |             |     |
|      | ①入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、居宅等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画を策定及び診療方針を決定しているか。  |             |     |
|      | ②入所前後訪問指導加算（Ⅱ）を算定していないか。  |             |     |
|      | (2) 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）   |             |     |
|      | ①入所前後訪問指導加算（Ⅰ）①を行っているか。   |             |     |
|      | ②施設サービス計画の策定等に当たり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が会議を行い、生活機能の具体的な改善目標及び退所後の生活に係る支援計画を共同して定めているか。  |             |     |
|      | ③入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定しているか。  |             |     |
|      | ④病院又は診療所、他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合や、予定の変更に伴い入所しなかった場合に、本加算を算定していないか。  |             |     |
|      | ⑤入所前後訪問指導は、入所者及び家族等のいずれにも行っているか。  |             |     |
|      | ⑥指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載しているか。   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|---|-------------|-----|
|      | 13 退所時等支援等加算  |             |     |
|      | (1) 試行的退所時指導加算  |             |     |
|      | ① 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合、以下の指導を行っているか。  |             |     |
|      | ア 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導   |             |     |
|      | イ 運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導  |             |     |
|      | ウ 家屋の改善の指導  |             |     |
|      | エ 退所する者の介助方法の指導   |             |     |
|      | ② 以下の点に留意しているか。   |             |     |
|      | ア その病状及び身体状況に照らし、退所して居宅において生活できるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、居宅において療養を継続する可能性があるか検討しているか。                   |             |     |
|      | イ 入所者又は家族に対して、趣旨を十分説明し、同意を得ているか。  |             |     |
|      | ウ 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。  |             |     |
|      | エ 当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。  |             |     |
|      | オ 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用は出来ないこと。   |             |     |
|      | カ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行っているか。 |             |     |
|      | キ 次の場合には算定できないこと。   |             |     |
|      | i 退所して病院又は診療所へ入院する場合  |             |     |
|      | ii 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合  |             |     |
|      | iii 死亡退所の場合   |             |     |
|      | ク 指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。   |             |     |
|      | ケ 指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行っているか。   |             |     |
|      | コ 指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載しているか。  |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (2)退所時情報提供加算(Ⅰ)、(Ⅱ)  |             |     |
|      | ①退所時情報提供加算(Ⅰ) ※入所者が居宅又は他の社会福祉施設等へ退所する場合  |             |     |
|      | ア 退所後の主治の医師に対して、入所者の同意を得て、診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で入所者の紹介を行ったか。  |             |     |
|      | イ 所定様式(別紙様式2及び別紙様式13)の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付しているか。                               |             |     |
|      | ウ イで交付した文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付してあるか。   |             |     |
|      | ②退所時情報提供加算(Ⅱ) ※入所者が退所して医療機関に入院する場合   |             |     |
|      | ア 当該医療機関に対して、入所者の同意を得て、入所者を紹介するに当たっては、所定様式(別紙様式13)の文書に必要な事項を記載の上、医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付しているか。        |             |     |
|      | イ 医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院していないか。   |             |     |
|      | (3)入退所前連携加算(Ⅰ)、(Ⅱ)   |             |     |
|      | ①入退所前連携加算(Ⅰ)   |             |     |
|      | ア 入所期間が1月を超えると見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅サービスの利用方針を定めているか。 |             |     |
|      | イ 居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、居宅サービスの利用上必要な調整を行っているか。また、連携を行った日及び連携の内容の要点を記録しているか。                                 |             |     |
|      | ウ 退所して病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設に入所する場合、死亡退所の場合に算定していないか。   |             |     |
|      | エ 入退所前連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っているか。  |             |     |
|      | ②入退所前連携加算(Ⅱ)   |             |     |
|      | 入退所前連携加算(Ⅰ)のイ～エを満たしているか。   |             |     |
|      | (4)訪問看護指示加算  |             |     |
|      | ①診療に基づき、速やかに訪問看護指示書を作成し、入所者の同意を得て、交付しているか。   |             |     |
|      | ②訪問看護指示書の写しを診療録等に添付しているか。  |             |     |
|      | ③訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型介護事業所からの訪問看護の対象者について、相談等に懇切丁寧に応じているか。                              |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|--|-------|-----|
|      | 14 経口移行加算<br>※栄養管理に係る減算を算定している場合は算定不可。   |       |     |
|      | (1) 医師の指示に基づき、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、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成しているか。  |       |     |
|      | (2) 計画については、入所者又はその家族に説明し、同意を得ているか。  |       |     |
|      | (3) 当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われているか。  |       |     |
|      | (4) 計画が作成された日から180日以内の期間に加算しているか。<br>※180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き算定できる。 |       |     |
|      | (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。  |       |     |
|      |  |       |     |
|      | 15 経口維持加算 (I)、(II)   |       |     |
|      | (1) 経口維持加算 (I)   |       |     |
|      | ① 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。  |       |     |
|      | ② 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されているか。   |       |     |
|      | ③ 誤嚥等が発生した場合の管理体制を整備しているか。   |       |     |
|      | ④ 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされているか。  |       |     |
|      | ⑤ ②～④について、医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制を整備しているか。   |       |     |
|      | ⑥ 摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等による誤嚥が認められることから、特別な管理が必要な者として、医師又は歯科医師の指示（歯科医師の指示による場合、管理栄養士等への主治医師の指導が必要）を受けているか。                             |       |     |
|      | ⑦ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、対象者の栄養管理のための食事の観察及び会議等を行っているか。   |       |     |
|      | ⑧ 特別な管理方法等を示した経口維持計画の作成及び必要に応じた見直しを行っているか。   |       |     |
|      | ⑨ 作成及び見直しを行った経口維持計画は入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。  |       |     |
|      | ⑩ 栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定していないか。  |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | (2) 経口維持加算 (Ⅱ)   |             |     |
|      | ① 経口維持加算Ⅰを算定しているか。   |             |     |
|      | ② 食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定しているか。  |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 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、口腔衛生等の管理を月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具体的な技術的助言及び指導を行っているか。(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等に確認し、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(令和6年6月以降、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第二歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するもの場合は、7回以上)算定された月に本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) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)  |       |     |
|      | ① 口腔衛生管理加算(Ⅰ)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に必要な情報を活用しているか。    |       |     |
|      | 17 療養食加算   |       |     |
|      | (1) 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されているか。  |       |     |
|      | (2) 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。  |       |     |
|      | (3) 疾病治療の直接手段として、主治の医師の発行する食事箋に基づいた療養食が提供されているか。   |       |     |
|      | (4) 療養食の献立表を作成しているか。   |       |     |
|      | (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。  |       |     |
|      | 18 在宅復帰支援機能加算  |       |     |
|      | (1) 算定日の月の前6月間に退所した者※の総数のうち、当該期間内に在宅介護を受けることになったものの割合が100分の30を超えているか。<br>※入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。      |       |     |
|      | (2) 退所後30日以内に、従業者が居宅を訪問すること又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録しているか。         |       |     |
|      | 19 かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)   |       |     |
|      | (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)  |       |     |
|      | ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ   |       |     |
|      | ア サービスを行う医師又は薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する研修を受けているか。   |       |     |
|      | イ 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、主治の医師に説明し、合意しているか。  |       |     |
|      | ウ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行っているか。 |       |     |
|      | エ 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行っているか。                  |       |     |
|      | オ 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は、変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後1月以内に、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載しているか。              |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | ② かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ   |             |     |
|      | ア ①ア、エ及びオに掲げる基準のいずれにも適合しているか。  |             |     |
|      | イ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、介護老人保健施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行っているか。           |             |     |
|      | ③ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）  |             |     |
|      | ア かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）①又は②を算定しているか。   |             |     |
|      | イ 当該入所者の服薬情報等をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、当該情報その他薬物療法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。                          |             |     |
|      | ④ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）  |             |     |
|      | ア かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定しているか。   |             |     |
|      | イ 退所時に処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類より1種類以上減少しているか。  |             |     |
|      | 20 緊急時施設療養費  |             |     |
|      | (1) 緊急時治療管理  |             |     |
|      | ① 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合に、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行っているか。                                   |             |     |
|      | ② 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定しているか。   |             |     |
|      | (2) 特定治療   |             |     |
|      | やむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じて得た額を算定しているか。 |             |     |
|      | 21 所定疾患施設療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）※緊急時施設療養費との併算定不可  |             |     |
|      | (1) 所定疾患施設療養費（Ⅰ）   |             |     |
|      | ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載しているか。  |             |     |
|      | ② 算定開始年度の翌年度以降において、当該入所者の前年度の投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表しているか。  |             |     |
|      | ③ 同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定しているか。   |             |     |
|      | ④ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪のいずれかに該当する者か。   |             |     |
|      | ⑤ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定しているか。   |             |     |
|      | ⑥ 慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定しているか。   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      | ⑦ 診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しているか。   |             |     |
|      | ⑧ 加算の算定開始後、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、治療の実施状況について公表しているか、又前年度の当該加算の算定状況を報告しているか。                                 |             |     |
|      | (2) 所定疾患施設療養費 (Ⅱ)  |             |     |
|      | ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載しているか。  |             |     |
|      | ② 算定開始年度の翌年度以降において、当該入所者の前年度の投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表しているか。  |             |     |
|      | ③ 施設の医師が、感染症対策に関する研修を受けているか。   |             |     |
|      | ④ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全が増悪した者のいずれかに該当する者か。  |             |     |
|      | ⑤ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定しているか。   |             |     |
|      | ⑥ 同一の入所者について1月に1回、連続する10日を限度として算定しているか。  |             |     |
|      | 2 2 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載しているか。   |             |     |
|      | (4) 病院等に入院又は入所中の者が、直接、当該施設へ入所していないか。   |             |     |
|      | (5) 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か。   |             |     |
|      | 2 3 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)   |             |     |
|      | (1) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)  |             |     |
|      | ① 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を、L I F Eにより、厚生労働省に提出しているか。   |             |     |
|      | ② 必要に応じて計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、①の情報その他リハビリテーション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 口腔衛生管理加算 (Ⅱ) 及び栄養マネジメント強化加算を算定しているか。   |             |     |
|      | ④ 入所者ごとに、医師等がリハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有しているか。 |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | ⑤ ④で共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、医師等間で共有しているか。  |       |     |
|      | (2) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)   |       |     |
|      | (1) ①及び②のいずれにも適合しているか。  |       |     |
|      | 24 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、医師等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 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) ①～⑥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。  |       |     |
|      | 25 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、評価結果の情報を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。 |       |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目   | 確 認 欄 | 備 考 |
|------|---|-------|-----|
|      | 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、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)の①から③を満たしているか。   |       |     |
|      | ② 次のいずれかに適合しているか。   |       |     |
|      | ア (1)の①の評価の結果、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するとともに、いずれにも悪化がないか。  |       |     |
|      | イ (1)の①の評価の結果、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か。  |       |     |
|      | ウ (1)の①の評価の結果、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か。  |       |     |
|      | (3) 排せつ支援加算(Ⅲ)  |       |     |
|      | (1) ①から③まで、並びに(2)の②ア及びイに掲げる基準のいずれにも適合しているか。   |       |     |
|      |   |       |     |
|      | 26 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3月に1回、自立支援に係る医学的評価を行っているか。  |       |     |
|      | (2) (1)の評価結果等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、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) (1)の評価に基づき、入所者ごとに医師等が共同して、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) (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。   |       |     |
|      | (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。   |       |     |
|      |   |       |     |
|      | その他指導事項等  |       |     |
|      |   |       |     |
|      |   |       |     |

| 指導事項                      | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|---------------------------|--|-------------|-----|
| <b>【指定(介護予防)短期入所療養介護】</b> |  |             |     |
|                           | <b>1 身体拘束廃止未実施減算</b><br>次のことを満たさない場合に、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。  |             |     |
|                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束等を行う場合には、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。</li> </ul> |             |     |
|                           | <b>2 個別リハビリテーション実施加算</b>   |             |     |
|                           | (1) 医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して、利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成しているか。   |             |     |
|                           | (2) 個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを20分以上実施しているか。  |             |     |
|                           | <b>3 認知症行動・心理症状緊急対応加算</b>  |             |     |
|                           | (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。<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) 病院等に入院又は入所中の者が、直接、当該施設へ入所した場合に当該加算を算定していないか。   |             |     |
|                           | <b>4 緊急短期入所受入加算</b><br>※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない  |             |     |
|                           | (1) 利用者の状態や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急にサービスを受けることが必要と認めた利用者であるか。   |             |     |
|                           | (2) 利用を開始した日から起算して7日又は14日を限度として算定しているか。  |             |     |
|                           | <b>5 若年性認知症利用者受入加算</b><br>※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない   |             |     |
|                           | (1) 若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めているか。   |             |     |
|                           | (2) 当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供しているか。  |             |     |
|                           | <b>6 重度療養管理加算</b>  |             |     |
|                           | (1) 要介護4又は要介護5であって、厚生労働大臣が定める状態にある利用者であるか。   |             |     |
|                           | (2) 計画的な医学的管理を継続して行い、かつ療養上必要な処置を行い、内容等を診療録に記載しているか。  |             |     |
|                           | (3) 請求明細書の摘要欄に、厚生労働大臣が定める状態を記載しているか。<br>(複数の状態に該当する場合は主たる状態のみ)   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      |  |             |     |
|      | 7 送迎を行う場合  |             |     |
|      | 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要と判断しているか。  |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 8 総合医学管理加算 ※緊急時施設療養費を算定した場合は、算定しない。  |             |     |
|      | (1) 次のいずれにも適合しているか。  |             |     |
|      | ① 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。  |             |     |
|      | ② 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。   |             |     |
|      | ③ 利用終了日から7日以内に、利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。   |             |     |
|      | (2) 10日を限度としているか。  |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 9 口腔連携強化加算   |             |     |
|      | (1) 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供しているか。  |             |     |
|      | (2) 診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めているか。                      |             |     |
|      | (3) 次のいずれにも該当しないか。   |             |     |
|      | ① 他の介護サービス事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。                         |             |     |
|      | ② 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。 |             |     |
|      | ③ 他の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。   |             |     |
|      |  |             |     |
|      | 10 療養食加算   |             |     |
|      | (1) 厚生労働大臣が定める療養食の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されているか。   |             |     |
|      | (2) 利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。  |             |     |
|      | (3) 疾患治療の直接手段として、主治の医師より発行する食事箋に基づいた療養食が提供されているか。また、療養食の献立表を作成しているか。   |             |     |
|      | (4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。   |             |     |

| 指導事項 | 検 査 項 目  | 確<br>認<br>欄 | 備 考 |
|------|--|-------------|-----|
|      |  |             |     |
|      | 1 1 緊急時施設療養費   |             |     |
|      | (1) 緊急時治療管理  |             |     |
|      | ① 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合に、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行っているか。                             |             |     |
|      | ② 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定しているか。   |             |     |
|      | (2) 特定治療   |             |     |
|      | やむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、当該診療に係る医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じて得た額を算定しているか。 |             |     |
|      |  |             |     |

※「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。