実地検査指導事項票　指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護（運営）

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、検査員が指導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「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
Ⅰ　人員に関する基準				
		1　従業者（介護職員及び看護師又は准看護師）		
		（1）日中の時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯）		
		①　通いサービスの提供に当たる者を、常勤換算方法で、利用者の数（前年度の平均値）が３又はその端数を増すごとに１以上配置しているか。		
		②　訪問サービスの提供に当たる者を、常勤換算方法で、１以上配置しているか。		
		（2）夜間及び深夜の時間帯		
		①　夜間及び深夜の勤務に当たる者を、常勤換算方法で、１以上配置しているか。		
		②　宿直勤務に当たる者を、必要な数以上配置しているか。※随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。		
		（3）従業者のうち１以上の者は、常勤か。		
		（4）従業者のうち１以上の者は、看護師又は准看護師か。※非常勤可		
		（5）専従か。		
		（6）非専従の場合は、兼務する同一敷地内建物等の介護サービス事業所等の人員に関する基準も満たしているか。		
		2　介護支援専門員		
		（1）資格を有しているか。		
		（2）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）専従か。		
		（4）非専従の場合は、利用者の処遇に支障がないか。※管理者との兼務可、非常勤可		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		３　管理者		
		（１）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。		
		（２）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。		
		（３）常勤専従か。		
		（４）他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。		
		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）利用者からの費用徴収を適切に行っているか。		
		（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。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		４　緊急時等の対応		
		緊急時等に、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。		
		６　勤務体制の確保		
		（１）月ごとに勤務表を作成しているか。		
		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。		
		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）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。		
		９　非常災害対策		
		（１）非常災害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を整備しているか。		
		（３）避難・救出等の訓練を定期的に実施しているか。		

※指導事項はレ印を付す

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。		
		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（運営推進会議）		
		（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。		
		１５　事故発生時の対応		
		（１）事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、介護支援専門員等に連絡（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）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。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１６　虐待の防止		
		（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。		
		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。		
		その他指導事項等		
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に対して行う場合の算定は適切か。		
		（２）同一建物に居住する者に対して行う場合の算定は適切か。		
		（３）登録者１人当たり平均提供回数が週４回に満たない場合は70/100に減算しているか。		
		（４）短期利用居宅介護費の算定は適切か。		
		（５）短期利用に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の３月に１回以上の開催		
		（２）身体的拘束等の適正化のための指針の整備		
		（３）身体的拘束等の適正化のための研修の定期的実施		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		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の定期的開催		
		（２）虐待の防止のための指針の整備		
		（３）虐待の防止のための研修の定期的実施（年１回以上）		
		（４）上記措置を適切に実施するための担当者の選任		
		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　看護職員配置加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
		以下の基準に適合しているか。		
		（Ⅰ）　・常勤専従の看護師を1名以上配置していること。		
		・定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないこと。		
		（Ⅱ）　・常勤専従の准看護師を1名以上配置していること。		
		・定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないこと。		
		（Ⅲ）　・看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること。		
		・定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないこと。		
		６　看取り連携体制加算		
		（１）看護師により24時間連絡できる体制が確保されているか。		
		（２）利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、看取り期における対応方針を説明し、同意を得ているか。		
		（３）利用者は、医師が回復の見込みがないと診断した者か。		
		（４）介護記録等登録者に関する記録を活用することについて説明し、同意を得ているか。		
		（５）看護職員配置加算（Ⅰ）を算定しているか。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		７　訪問体制強化加算		
		（１）訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を２名以上配置しているか。		
		（２）算定月における、事業所の延べ訪問回数が１月当たり200回以上であるか。		
		（３）（集合住宅を併設する場合）同一建物に居住していない登録者の占める割合が50％以上であり、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。		
		８　総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）総合マネジメント体制強化加算（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、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　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積極的に参加しているか。		
		③　日常的に利用者と関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。		
		④　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（介護給付費等対象サービス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。		
		⑤　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等と共同で、認知症や介護に関する事例検討会、研修会等を実施していること。		
		エ　市が実施する通いの場、在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、指定小規模多機能型居宅介護事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携等を行っていること。		
		（２）総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）		
		（１）の①及び②に適合しているか。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		９　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）必要に応じて小規模多機能型居宅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。		
		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）　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、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、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）　次のいずれにも適合しているか。		
		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　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に開催しているか。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		③　次のいずれかに該当するか。		
		ア　介護福祉士の割合が70/100以上		
		イ　勤続10年以上の介護福祉士の割合が25/100以上		
		④　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		（２）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
		①　介護福祉士の割合が50/100以上か。		
		②（１）の①、②及び④に該当しているか。		
		（３）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		
		①　次のいずれかに該当するか。		
		ア　介護福祉士の割合が40/100以上		
		イ　常勤職員の割合が60/100以上		
		ウ　勤続7年以上の者の割合が30/100以上		
		②（１）の①、②及び④に該当しているか。		
		１２　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。		
		１３　八王子市独自加算１（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（Ⅰ）週に１回２時間以上、専ら機能訓練にあたる職員（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の配置又は連携により、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成及びこれに基づいたサービスを行っているか。		
		（Ⅱ）（Ⅰ）を算定している事業所で、前６か月に介護度が改善した利用者が１名以上、かつ全利用者のうち介護度が改善又は維持した利用者の割合が75%を超えているか。		
		１４　八王子市独自加算３		
		①　算定月の月末において、「地域の町会・自治会に加入」及び「ピーポくんの家（こども110番）に登録」しているか。		
		②　地域の住民（登録者を除く。）と交流するための取組みを行っているか。		
		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（介護予防）小規模多機能型居宅介護（サービス）

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、検査員が指導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「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
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、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、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用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内容等を記録しているか。		
		（3）送迎を適切に行っているか。		

※指導事項はレ印を付す

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、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　※介護予防は除く		
		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当たっては、居宅支援条例第14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　小規模多機能型居宅介護計画の作成		
		（1）利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえているか。		
		（2）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。		
		（3）小規模多機能型居宅介護計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか。		
		（4）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。		
		（5）必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を変更しているか。		
		7の2　介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成		
		（1）介護予防サービス計画に基づいて、介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成しているか。		
		（2）利用者の心身の状況、その置かれている環境等を踏まえて、介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成しているか。		
		（3）サービスの具体的内容、期間等を明らかにしているか。		
		（4）介護予防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。		
		（5）介護予防小規模多機能型居宅介護計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか。		
		（6）介護予防小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行っているか。		
		（7）必要に応じて介護予防小規模多機能型居宅介護計画を変更しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		８　介護等		
		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、可能な限り利用者と（介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者が共同で行うよう努めているか。		
		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、あらかじめ文書により同意を得ているか。		
		その他指導事項等		
Ⅱ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　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。		
		２　初期加算		
		利用者が登録した日から起算して30日以内の期間については、１日につき所定単位数を算定しているか。※30日を超える病院又は診療所への入院後にサービス利用を再び開始した場合も、同様とする。		
		３　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等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は１以上、20人以上の場合は１に、当該対象者の数が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ケアを実施しているか。		
		②　介護職員等に対して、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。		
		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　介護職員、看護職員ごとに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（外部研修を含む）を実施又は実施を予定しているか。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（２）認知症加算（Ⅱ）		
		（１）の①及び②に適合しているか。		
		（３）認知症加算（Ⅲ）		
		日常生活自立度のランクⅢ以上に該当する者に対して、専門的な認知症ケアを実施しているか。		
		（４）認知症加算（Ⅳ）		
		要介護２である者であって、日常生活自立度のランクⅡに該当する者に対して、専門的な認知症ケアを実施しているか。		
		４　認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用のみ）		
		（１）利用者に認知症の行動・心理症状が認められるため、緊急に短期利用が必要であると医師が判断しているか。		
		（２）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。		
		（３）利用開始日から起算して7日を限度として算定しているか。		
		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、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。		
		６　生活機能向上連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（Ⅰ）介護支援専門員が、訪リハ事業所、通リハ事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の医師等の助言に基づき、小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを行っているか。		
		（Ⅱ）訪リハ事業所、通リハ事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の医師等が、リハビリ等の一環として利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により、身体状況等の評価を共同して行い、小規模多機能型居宅介護計画を作成しているか。また、当該医師等と連携し、当該計画に基づくサービスを提供しているか。		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		７　口腔・栄養スクリーニング加算		
		（１）利用開始時及び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（利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む）を利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 ①　硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ②　入れ歯を使っている者 ③　むせやすい者		
		（２）利用開始時及び６月ごとに利用者の栄養状態を確認し、利用者の栄養状態に関する以下の情報（利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）を利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 ①　ＢＭＩが18.5未満である者 ②　１～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者等 ③　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④　食事摂取量が不良（75％以下）である者		
		（３）「定員超過利用」及び「人員基準欠如」に該当していないか。		
		８　八王子市独自加算２		
		以下のいずれかに該当する利用者について、加算しているか。 （１）要介護１で、日常生活自立度のランクⅡに該当する者 （２）独自加算１（Ⅰ）を算定している事業所の利用者で、介護度が改善した者　※ 改善後６か月を最長とする。		
		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。