

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（運営管理）

検査日：令和 年（ ） 月 日（ ） 法人名称： _____
 事業所名称： _____
 検査員所属： 八王子市 福祉部 指導監査課 介護・高齢担当 _____
 検査員氏名： _____

【注意事項】

- 1 この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が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、事業所等との方と、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		
	(1) 従業者のうち、1以上は常勤か。		
	(2) 従業者のうち、1以上は看護師又は准看護師（いずれも非常勤可）か。		
	(3) 日中通いの利用者数に対し常勤換算方法で3：1の人員配置+1人（訪問担当）以上配置しているか。（通い、訪問それぞれに固定しなくてもよい。）		
	(4) 夜間及び深夜の勤務に当たる者を1以上及び宿直勤務に当たる者を必要な数以上配置しているか。		
	2 介護支援専門員		
	(1) 1以上確保されているか。（非常勤でも可）		
	(2) 資格を有しているか。		
	(3) 定められた研修を修了しているか。 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修)		
	3 管理者		
	(1) 3年以上特養等において認知症介護の経験を有する者に該当しているか。		
	(2) 他の職務との兼務は適切か。		
	(3) 定められた研修を修了しているか。 (認知症対応型サービス事業管理者研修)		
	4 代表者		
	(1) 認知症高齢者の介護に従事した経験、又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者に該当しているか。		
	(2) 定められた研修を修了しているか。 (認知症対応型サービス事業開設者研修)		
II 設備に関する基準			
	1 設備及び備品等		
	(1) 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		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
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) 利用者から負担額の支払いを受けているか。		
	(2) 保険給付の対象外のサービスについて、利用者に指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業とは別事業であり、介護保険給付の対象とならない旨を説明し、理解を得ているか。		
	(3) 次に掲げる費用は適切か。		
	<ul style="list-style-type: none"> ① 通常の実施地域を超える送迎に要する費用 ② 通常の実施地域を超えて訪問サービスを提供する場合の交通費 ③ 食事の提供に要する費用 ④ 宿泊に要する費用 ⑤ おむつ代 ⑥ 日常生活に要する費用 		
	(4) 上記に掲げる費用の支払いについて、利用者に説明し同意を得ているか。		
	(5) あいまいな名目による費用の支払を利用者から受けていないか。		
	(6) 領収証について		
	① 領収証を交付しているか。※介護給付に係る費用と、その他の費用を区分しているか。		
	② 医療費控除額を記載しているか。		
	3 緊急時等の対応		
	(1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。		
	(2) 緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師又は協力医療機関に連絡しているか。		
	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 ※（4）は令和6年4月1日より適用		
	(1) 月ごとの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、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 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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	7 業務継続計画の策定等 ※令和6年4月1日より適用		
	(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) 計画の見直しを行っているか。		
	8 非常災害対策		
	(1) 非常災害に関する具体的計画を立てているか。		
	(2) 非常災害時の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) 上記（1）（2）を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行っているか。		
	(4) 防火管理について責任者を定めているか。		
	9 衛生管理等 ※（2）～（4）は令和6年4月1日より適用		
	(1) 食中毒及び感染症の発生を防止するために、保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保っているか。		
	(2) 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か月に1回開催するとともに、その結果について、従業者に周知しているか。		
	(3) 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。		
	(4) 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（年1回以上）に実施し、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に、必要な措置を講じているか。		
	11 広告		
	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、事業所に掲示しているか。		
	(2) 苦情の内容等を記録しているか。		
	(3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っているか。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	13 地域との連携等		
	(1) 運営推進会議の委員構成は適切か。		
	(2) おおむね2月に1回以上活動状況を報告し評価を得ているか。		
	(3) 運営推進会議への報告、評価等の記録を作成し、公表しているか。		
	(4) 地域との交流を図っているか。		
	14 事故発生時の対応		
	(1) 事故が発生した場合の対応方法を定めているか。		
	(2) 事故が発生した場合は、区市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡をしているか。		
	(3) 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。		
	(4) 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。		
	(5) 再発防止のための取り組みを行っているか。		
	15 虐待の防止 ※(1)、(2)及び(4)は令和6年4月1日より適用		
	(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) 従業者に対して虐待防止の研修を実施しているか。		
	① 定期的(年1回以上)に実施しているか。		
	② 新規採用時に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。		
V 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 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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	3 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。		
	4 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。		
	5 総合マネジメント体制強化加算		
	(1) 利用者の心身の状況又は環境の変化に応じ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時計画の見直しを行っているか。		
	(2) 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加しているか。		
	6 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。		
	(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。		
	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 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で開催しているか。		
	③ 次のいずれかに該当するか。		
	・ 介護福祉士の割合が70/100以上		
	・ 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。		

指導事項	検査項目	確認欄	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か。		
	・ 介護福祉士の割合が40/100以上		
	・ 常勤職員の割合が60/100以上		
	・ 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。		
	8 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)		
	基準に適合しているか。		
	9 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)		
	基準に適合しているか。		
	10 介護職員等ベースアップ等支援加算		
	基準に適合しているか。		
	11 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。		
	12 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

（利用者サービス）

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られた指導事項について、事業所等との方と、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
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 サービスの提供の記録 (介護予防)小規模多機能型居宅介護を提供した際には、提供日、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録しているか。		
	5 具体的取扱方針		
	(1) 利用者の心身の状況、希望及び環境を踏まえて、通い、訪問、宿泊サービスを組み合わせて妥当適切に行っているか。		
	(2) ほぼ毎日の宿泊は運営推進会議に報告し評価を受けているか。		
	(3) 利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について説明しているか。		
	(4) 緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性の要件を満たす場合）を除き、身体的拘束等を行っていないか。		
	(5) 身体的拘束等を行う場合は、以下の手続を踏んでいるか。		
	① 身体拘束審査委員会（管理者及びあらかじめ指定する従業者から構成され、身体的拘束等に係る判断その他必要な措置について審議する組織体をいう。）で判断しているか。		

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			
	<p>1 初期加算</p> <p>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）</p>		
	<p>2 認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）</p> <p>下記の登録者に対してサービスを提供しているか。</p> <p>（Ⅰ）日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者</p> <p>（Ⅱ）要介護2かつ日常生活自立度のランクⅡに該当する者</p>		
	<p>3 認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用のみ）</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p>		
	<p>4 若年性認知症利用者受入加算</p> <p>（1）若年性認知症利用者であるか。</p> <p>（2）利用者ごとに個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供しているか。</p>		
	<p>5 生活機能向上連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）</p> <p>（Ⅰ）介護支援専門員が、訪問事業所、通所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。</p> <p>（Ⅱ）訪問事業所、通所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で行い、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。</p>		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	6 口腔・栄養スクリーニング加算		
	<p>(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つては、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 		
	<p>(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つては、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ※年1回以上要確認 ・ 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。		
	7 八王子市独自加算2		
	<p>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。</p> <p>① 要介護1で、日常生活自立度のランクⅡに該当する者</p> <p>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。）</p>		
	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。