実地検査指導事項票　指定（介護予防）訪問看護　（運営管理）

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　今後の精査・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　看護職員（保健師、看護師又は准看護師）の員数		
		（1）　員数は適正か。		
		①　指定訪問看護ステーション…常勤換算方法で、2.5以上か。		
		②　指定訪問看護を担当する医療機関…実情に応じた適当数か。		
		（2）　資格を有しているか。		
		（3）　（1）①の看護職員のうち、1人は、常勤の者であるか。		
		2　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数 （指定訪問看護ステーションのみ）		
		実情に応じた適当数か。		
		3　管理者（指定訪問看護ステーションのみ）		
		（1）　常勤専従の者であるか。		
		（2）　他の職務との兼務は適切か。		
		（3）　保健師又は看護師か。（指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者か。）		
		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　運営に関する基準				
		1　内容及び手続の説明及び同意		
		（1） 重要事項説明書の記載内容は適正か。		
		（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） 月ごとの勤務表を作成しているか。 看護師等について、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしているか。		
		（2） 雇用契約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） 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）の策定及び必要な措置を講じているか。		
		（2） 看護師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。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（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。		
		７ 衛生管理等		
		感染症の発生又はまん延しないよう次の措置を講じているか。		
		（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開催（おおむね6月に1回以上）、その結果の周知		
		（２） 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備		
		（３） 感染症の予防及びまん延の防止のための研修の定期実施		
		① 定期的（年１回以上）に実施		
		② 新規採用時に実施（努力義務）		
		③ 研修の内容を記録		
		（４） 感染症の予防及びまん延の防止のため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。		
		８ 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。		
		９ 広告		
		広告は虚偽又は誇大となっていないか。		
		１０ 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） 苦情の内容等を記録し、保管しているか。		
		１１ 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、居宅介護支援事業者等に連絡・報告を行っているか。		
		（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。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１２　虐待の防止		
		（１）　虐待防止検討委員会を定期的に開催し、その結果を看護師等に周知しているか。		
		（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。		
		その他の指導内容等		
Ⅲ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合		
		（１）　緊急時訪問看護加算の届け出をしているか。		
		（２）　訪問看護を24時間行うことができる体制を整えているか。		
		（３）　准看護師が指定訪問看護を行った場合は、単位数を98/100に算定しているか。		
		（４）　保健師・看護師又は准看護師が要介護5である者に対し、指定訪問看護を行った場合1月につき800単位を加算しているか。		
		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、訪問介護員等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）　虐待の防止のための研修を定期的に実施している。		
		（４）　上記（１）～（３）の措置を適切に実施するための担当者を設置している。		
		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。		

※　指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		4　事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者に対する取扱い		
		（1） 同一敷地内建物等の居住利用者は、単位を90/100に算定しているか。 ※（3）を除く。		
		（2） 同一建物に20人以上/日（月平均）居住する建物の利用者は、単位を90/100に算定しているか。		
		（3） 同一敷地内建物等に50人以上/日（月平均）居住する建物の利用者は、単位を85/100に算定しているか。		
		5　看護・介護職員連携強化加算		
		（1） 訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引に係る計画書や報告書の作成及び緊急時の対応についての助言を行った場合、吸引等の業務が円滑に行われるよう以下の措置を行っているか。		
		① （1）の訪問介護員等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況を確認		
		② 利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席		
		③ ①で同行した場合、訪問看護記録書への記録		
		（2） 訪問看護が24時間行える体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届出を行っているか。		
		（3） 訪問介護員等のたんの吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的で、同行訪問を行っていないか。		
		6　看護体制強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		（1） 看護体制強化加算（Ⅰ）		
		ア 指定訪問看護ステーションの場合		
		① 前6月間に、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が50%以上か。		
		② 前6月間に、特別管理加算を算定した利用者の割合が20%以上か。		
		③ 前12月間に、ターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上か。		
		④ 指定訪問看護ステーションの訪問看護の提供に当たる従業者の総数のうち、看護職員の占める割合が60%以上であるか。		
		（2） 看護体制強化加算（Ⅰ）		
		イ 指定訪問看護ステーション以外の指定訪問看護事業所の場合		
		（1）①～③のいずれにも適合しているか。		
		（3） 看護体制強化加算（Ⅱ）		
		ア 指定訪問看護ステーションの場合		
		① （1）①、②及び④のいずれにも適合しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		② 前12月間に、ターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上いるか。		
		イ 指定訪問看護ステーション以外である指定訪問看護事業所の場合		
		③ （１）①及び②並びに（２）②のいずれにも適合しているか。		
		７　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		（１） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
		① 事業所の全看護師等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若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は看護師等の技術指導を目的とした会議を全看護師参加の下、定期的に（おおむね1月に1回以上）開催し、当該会議の内容（利用者のＡＤＬ、意欲、主訴、要望、家族環境等）を記録しているか。		
		③ 全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的に（年１回以上）実施しているか。		
		④ 看護師等の総数のうち勤続７年以上の者の割合が30%以上か。		
		（２） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
		① （１）①から③までに掲げる基準のいずれにも適合するか。		
		② 看護師等の総数のうち勤続３年以上の者の割合が30%以上か。		
		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）訪問看護　（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　今後の精査・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把握に努めているか。		
		4　介護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や他のサービス事業者との密接な連携を行っているか。		
		5　居宅サービス計画に沿ったサービスの提供		
		訪問看護事業者は、居宅サービス計画に沿ったサービスを提供しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		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、提供した具体的サービスの内容等を記録しているか。		
		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　訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成		
		（1） 利用者の希望、主治の医師の指示、心身の状況を踏まえているか。		
		（2） 療養上の目標、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。（介護予防は、サービスの提供を行う期間も記載されているか。）		
		（3） 居宅(介護予防)サービス計画に基づいて(介護予防)訪問看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） 実施状況の把握を行っているか。（介護予防）		
		（6） （介護予防）訪問看護報告書は作成されているか。		
		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。		

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				
		1　訪問看護費の算定		
		（1） 20分未満の訪問看護費の算定は、要件を満たしているか。		
		（2） おおむね2時間未満の間隔で訪問看護を行う場合は、それぞれの所要時間を合算しているか。		
		（3） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、「理学療法士等」という。）による訪問看護は以下の通り取り扱っているか。		
		① 理学療法士等による訪問看護は、1回あたり20分以上実施し、1人の利用者につき週6回を限度として算定している。		
		② 1日に2回を超えて行う場合は、1回につき90/100に相当する単位数を算定している。		
		③ 訪問看護記録書を適切に使用し、実施した内容を共有している。		
		④ 計画書及び報告書は准看護師を除く看護職員と理学療法士等が連携し作成している。		
		⑤ 主治医に提出する計画書は理学療法士等が実施した内容も記載している。		
		⑥ 報告書には、理学療法士等が提供した訪問看護の内容と結果等を記載した文書を添付している。		
		（4） 事業所の事情により、計画上の保健師又は看護師ではなく、准看護師が訪問看護を行った場合（又は准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問看護を行った場合）は、所定単位数の90/100に相当する単位数を算定しているか。		
		2　早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算		
		（早朝・夜間25%、深夜50%） 早朝　6：00～8：00　夜間　18：00～22：00　深夜　22：00～6：00		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		３　複数名訪問加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		利用者又はその家族等の同意を得ている場合で、下記のいずれかに該当しているか。 ①：身体的理由　②：暴力行為等　③：①又は②に準ずる		
		（Ⅰ）同時に複数の看護師等により訪問看護を行っているか。		
		（Ⅱ）看護師等が看護補助者と同時に訪問看護を行っているか。		
		※（Ⅰ）・（Ⅱ）については、30分未満若しくは30分以上で加算単位数が変わることに注意		
		４　長時間（1時間30分以上）訪問看護加算		
		特別管理加算の算定者であるか。（厚労告第94号の第六号）		
		５　緊急時訪問看護加算　（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時（24時間）対応できる体制にあるか。		
		（２）利用者の同意を得ているか。		
		（３）以下の加算を算定していないか。（併算不可）		
		①　定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合の緊急時訪問看護加算		
		②　看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の緊急時対応加算		
		③　医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における24時間対応体制加算		
		④　早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算		
		（４）計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合、適正な所定単位数（所要時間、准看90/100、1月内2回目以降の早朝・夜間、深夜）を算定しているか。また、その場合居宅サービス計画を変更しているか。		
		（５）他の訪問看護事業所から緊急時訪問看護加算を受けていないか。（一か所のみ加算できる。）		
		（６）24時間連絡できる体制として、当該訪問看護事業所以外の事業所又は従事者を経由するような連絡相談体制をとっていないか。訪問看護事業所以外の者が所有する電話を連絡先としていないか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（7） 連絡相談を担当する者は、当該訪問看護事業所の保健師又は看護師（以下「保健師等」という。）か。		
		※ 以下の場合は当該事業所の保健師等以外の職員が担当しても差し支えない。		
		① 利用者又は家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。		
		② 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師等が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。		
		③ 管理者が連絡相談を担当する保健師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。		
		④ 保健師等以外の職員は、連絡及び相談を受けた際に保健師等に報告し、報告を受けた保健師等は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。		
		⑤ 上記①～④について利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。		
		⑥ 指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する保健師等以外の職員について届け出させること。		
		（8） 上記（7）①の「マニュアル」に下記の項目が定められているか。		
		① 相談内容に応じた電話対応の方法及び流れ		
		② 利用者の体調や看護・ケアの方法など看護に関する意見を求められた場合の保健師等への連絡方法		
		③ 連絡相談に関する記録方法		
		④ 保健師等又は保健師等以外の職員の情報共有方法等		
		（9） 保健師等以外の職員の勤務時間等を勤務時間割表として示し、保健師等に明示しているか。		
		(10) 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）を算定する場合は、次に掲げる項目のうち、次の①又は②を含むいずれか2項目以上を満たしているか。		
		① 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保		
		② 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（２回）まで		
		③ 夜間対応後の暦日の休日確保		
		④ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫		
		⑤ ICT,AI,IoT等の活用による業務負担軽減		
		⑥ 電話等による連絡及び相談を担当するものに対する支援体制の確保		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		6　特別管理加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出ているか。 特別な管理を必要とする利用者か。（厚労告第94号の第七号）		
		（Ⅰ）厚労告第94号の第六号イに規定する状態にある者		
		（Ⅱ）厚労告第94号の第六号ロ、ハ、ニ又はホに規定する状態にある者		
		7　専門管理加算　イ・ロ（単位は同じ250単位）		
		（1）　イの場合、下記の緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修のいずれかを受けた看護師が配置されているか。		
		①　緩和ケア		
		ア　専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修で講義及び演習等（以下「国又は医療関係団体等が主催する研修」という。）により、600時間以上の研修期間で修了証が交付されるものであること。		
		イ　下記の内容を含むものであること。		
		（ア）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要		
		（イ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療		
		（ウ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程		
		（エ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法		
		（オ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法		
		（カ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ		
		（キ）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント		
		（ク）　コンサルテーション方法		
		（ケ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について		
		（コ）　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践		
		②　褥瘡ケア		
		ア　国又は医療関係団体等が主催する研修により、600時間以上の研修期間で修了証が交付されるものであること。		
		イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		③　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修		
		ア　国又は医療関係団体等が主催する研修により、600時間以上の研修期間で修了証が交付されるものであること。		
		イ　講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。		
		④　１月に１回以上指定訪問看護を行っているか。		
		（２）　ロの場合、下記に適合しているか。		
		①　利用者は手順書の交付対象となっているか。		
		②　主治の医師から指示書及び手順書は交付されているか。		
		③　下記の行為に係る研修を修了した看護師が、1月に1回以上指定訪問看護を行っているか。		
		（ア）　気管カニューレの交換		
		（イ）　胃瘻カテーテル若しくは腸瘻カテーテル又は胃瘻ボタンの交換		
		（ウ）　膀胱瘻カテーテルの交換		
		（エ）　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去		
		（オ）　創傷に対する陰圧閉鎖療法		
		（カ）　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調製		
		（キ）　脱水症状に対する輸液による補正		
		８　ターミナルケア加算		
		（１）　24時間連絡できる・指定訪問看護を行うことができる体制か。		
		（２）　主治医と連携し、利用者・家族等に対して説明を行い、同意を得ているか。		
		（３）　利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されているか。		
		（４）　在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある者（厚労告第94号の第八号）については1日）　以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）に算定しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		9　主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い		
		（1）　指定訪問看護ステーションの場合 　主治の医師が、利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示書を交付した場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、（介護保険の）訪問看護費として算定してはいないか。		
		（2）　病院又は診療所の場合 　主治の医師が、利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、指示の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、（介護保険の）訪問看護費として算定してはいないか。		
		（3）　指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 　主治の医師が、利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日数に応じて、１日につき97単位を所定単位数から減算しているか。		
		10　理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士の訪問		
		（1）　前年の４月から当該年の３月までの期間の理学療法士等による訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合は、理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算しているか。		
		（2）　前年の４月から当該年の３月までの期間の看護職員の訪問回数が理学療法士等による訪問回数以上である場合であっても、算定日が属する月の前６月間において下記の加算のいずれも算定しいていない場合は、理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算しているか。		
		①　緊急時訪問看護加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		②　特別管理加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		③　看護体制強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		11　初回加算（Ⅰ）・（Ⅱ）		
		（1）　過去２月間（暦月）において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険含む。）の提供を受けていないか。		
		（2）　新たに訪問看護計画書を作成した利用者に対して、訪問看護を行っているか。		
		（3）　（Ⅰ）の場合、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に、当該訪問看護事業所の看護師が、初回の訪問看護を行っているか。		
		12　退院時共同指導加算		
		（1）　病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供した後に、退院又は退所後に初回の指定訪問看護を行っている場合に加算しているか。		
		（2）　初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算を算定していないか。		
		13　口腔連携強化加算		
		（1）　C000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（連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。）。		
		（2）　口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当するケアマネに対し書面等により供しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（３） 以下に掲げる確認を行っているか。		
		① 開口の状態		
		② 歯の汚れの有無		
		③ 舌の汚れの有無		
		④ 歯肉の腫れ、出血の有無		
		⑤ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態		
		⑥ むせの有無		
		⑦ ぶくぶくうがいの有無 ※		
		⑧ 食物のため込み、残留の有無　※		
		※については利用者の状態に応じて確認可能な場合に限り評価を行う。		
		（４） 利用者の同意を得ているか。		
		（５） 次のいずれにも該当していないか。		
		① 他の介護サービスの事業所において、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 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該事業所について、口腔連携強化加算を算定していること。		
		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。