実地検査指導事項票　指定通所介護・指定地域密着型通所介護（運営）

検　査　日：令和　　年(　　年)　月　　日（　）．　事業者名称：

事業所名称：　．

検査員所属：八王子市　福祉部　指導監査課　介護・高齢担当　．

検査員氏名：　．

【注意事項】

1　この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が検査当日に遵守されていないと認めた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。

2　下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。

3　後日通知する「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　生活相談員		
		（1）サービスの提供時間数※に応じ、1以上配置しているか。 ※サービスの開始時刻から終了時刻まで（サービスを提供していない時間帯を除く）		
		（2）提供時間中は専従しているか。		
		（3）必要な資格を有しているか。		
		2　看護師又は准看護師（看護職員）※利用定員10人以下は介護職員のみでも可		
		（1）単位ごとに、1以上配置しているか。		
		（2）単位ごとに、専ら（地域密着型）通所介護の提供に当たっているか。		
		（3）提供時間帯を通じて、事業所と密接かつ適切な連携を図っているか。		
		（4）必要な資格を有しているか。		
		3　介護職員　※利用定員10人以下は看護職員のみでも可		
		（1）単位ごとに、提供時間数（平均提供時間数）に応じた配置をしているか。		
		（2）単位ごとに、常時1人以上配置しているか。		
		4　機能訓練指導員		
		（1）1以上※配置しているか。※当該事業所の他の職務に従事可		
		（2）必要な資格を有しているか。		
		5　常勤		
		（1）利用定員が11人以上の場合、生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤であるか。		
		（2）利用定員が10人以下である場合、生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤であるか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		6　管理者		
		（1）常勤専従か。		
		（2）他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。		
		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は適切に行われているか。		
		（2）領収書を発行しているか。		
		3　緊急時等の対応		
		緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師に連絡しているか。		
		4　運営規程		
		（1）必要な項目は規定されているか。		
		（2）規程の内容は適切か。		
		5　勤務体制の確保等		
		（1）月ごとに勤務表を作成しているか。		
		通所介護従業者について、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。		
		（2）雇用契約等を締結しているか。		
		（3）資質向上のために研修の機会を確保しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（４）認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか。		
		（５）セクハラ及びパワハラを防止するための方針の明確化等（周知・啓発、相談）の必要な措置を講じているか。		
		６　業務継続計画の策定等		
		（１）感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。		
		（２）従業者に対して計画を周知しているか。		
		（３）業務継続計画に係る研修について		
		①　定期的（年１回以上）に実施しているか。		
		②　新規採用時に実施しているか。（努力義務）		
		③　研修の内容を記録しているか。		
		（４）業務継続計画に係る訓練について		
		①　定期的（年１回以上）に実施しているか。		
		②　訓練の内容を記録しているか。		
		（５）計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行っているか。		
		７　定員の遵守		
		利用定員を超えていないか。		
		８　非常災害対策		
		（１）非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的な計画はあるか。		
		（２）非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されているか。		
		（３）避難・救出等の訓練を定期的に実施しているか。		
		９　衛生管理等		
		（１）感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね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）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。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		１０　秘密保持等		
		退職者を含む従業者が、利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。		
		１１　広告		
		広告は虚偽又は誇大となっていないか。		
		１２　苦情処理		
		（１）相談窓口、苦情処理の体制及び手順等を文書により説明するとともに、事業所に掲示し、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、内容等を記録し、保管しているか。		
		１３　地域との連携等（運営推進会議）　※地域密着型通所介護		
		（１）運営推進会議をおおむね６月に１回以上開催しているか。		
		（２）運営推進会議において、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。		
		１４　事故発生時の対応		
		（１）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）事故状況、事故に際して採った処置を記録しているか。		
		（３）損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償しているか。		
		１５　虐待の防止		
		（１）虐待防止検討委員会を定期的に開催し、従業者に周知しているか。		
		（２）虐待の防止のための指針を整備しているか。		
		（３）虐待の防止のための研修について。		
		①　定期的に（年１回以上）実施しているか。		
		②　新規採用時に必ず研修を実施しているか。		
		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。		
		その他指導事項等		

※指導事項はレ印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
Ⅳ　介護給付費の算定及び取扱い				
		１　所定単位数の算定、所要時間による区分の取扱い		
		（１）利用定員を超える場合、100分の70で算定しているか。		
		（２）看護職員又は介護職員の員数の基準を満たさない場合、100分の70で算定しているか。		
		①　１割を超えて減少した場合（翌月から減算する）		
		②　１割の範囲内で減少した場合（翌々月から減算する）		
		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の定期的開催		
		（２）虐待の防止のための指針整備		
		（３）従業者への、虐待防止研修の定期的実施		
		（４）上記措置を実施するための担当者選任		
		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。※令和7年3月31日までの間、感染症予防まん延の防止指針の整備及び非常災害計画の策定を行っている場合には不適用。		
		（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定している。		
		（２）当該業務継続計画に従い必要な措置を講じている。		
		４　中重度者ケア体制加算		
		（１）看護・介護職員を規定員数に加え、常勤換算で２以上確保しているか。		
		（２）前年度又は前３月の要介護３・４・５の者の割合が100分の30以上か。		
		（３）提供時間帯を通じて専従の看護職員を１名以上配置しているか。		
		５　ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）		
		①　評価対象者の総数が10人以上か。		
		②　評価対象者全員について、ＡＤＬ値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。		
		③　ＡＤＬ利得の平均値が１以上であるか。		
		（２）ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）		
		①（１）の①及び②に適合するか。		
		②　評価対象者のＡＤＬ利得の平均値が３以上であるか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		６　認知症加算		
		（１）看護・介護職員を規定員数に加え、常勤換算で２以上確保しているか。		
		（２）前年度又は前３月の利用者総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の者の占める割合が100分の15以上か。		
		（３）提供時間帯を通じて、認知症介護指導者養成研修等を修了した者を１名以上配置しているか。		
		（４）認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催しているか。		
		７　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）必要に応じて通所介護計画を見直すなど、通所介護の提供に当たって（１）に規定する情報等を活用しているか。		
		８　事業所と同一建物に居住する利用者等に対する取扱い		
		事業所と同一建物に居住する利用者や同一建物から通う利用者にサービスを提供した場合、所定単位数から94単位を減算しているか。		
		９　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。		
		一　介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上か。		
		二　介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が100分の25以上か。		
		②　定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。		
		（２）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
		①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上か。		
		②　定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。		
		（３）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		
		①　次のいずれかに該当すること。		
		一　介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の40以上か。		
		二　利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の割合が100分の30以上か。		
		②　定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。		

指導事項		検　　査　　項　　目	確認欄	備　　考
		１０　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）		
		基準に適合しているか。		
		その他指導事項等		

※「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　指定通所介護・指定地域密着型通所介護（サービス）

検　査　日：令和　　年(　　年)　月　　日（　）．　事業者名称：

事業所名称：　．

検査員所属：八王子市　福祉部　指導監査課　介護・高齢担当　．

検査員氏名：　．

【注意事項】

1　この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が検査当日に遵守されていないと認めた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。

2　下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。

3　後日通知する「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把握に努めているか。		
		4　介護支援専門員等との連携		
		サービス担当者会議を通じて介護支援専門員や他サービスとの密接な連携に努めているか。		
		5　居宅サービス計画に沿ったサービスの提供		
		居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されているか。		
		6　サービスの提供の記録		
		（1）介護報酬請求（実績報告）時におけるサービス提供票（居宅サービス計画第6表）及びサービス提供票別表（同第7表）に、サービス提供日、内容及び利用者に代わって受ける法定代理受領額等を適正に記載しているか。		
		（2）サービス提供記録に提供した具体的なサービス内容等を記録しているか。		
		（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
		7　具体的取扱方針（身体的拘束等の適正化）		
		（1）身体的拘束等は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に行っているか。		
		（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に際しては、その態様及び時間、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　通所介護計画の作成		
		（1）利用者の心身の状況、希望、その置かれている環境等を踏まえているか。		
		（2）機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載しているか。		
		（3）居宅サービス計画の内容に沿っているか。		
		（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、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行っているか。		
		9　秘密保持等		
		個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を、あらかじめ文書により得ているか。		
		その他指導事項等		
Ⅱ　介護給付費の算定及び取扱い				
		1　所定単位数の算定、所要時間による区分の取扱い		
		所要時間、延長サービスは適正か。		
		2　入浴介助加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（1）入浴介助加算（Ⅰ）		
		①　入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助か。		
		②　入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行っているか。		
		（2）入浴介助加算（Ⅱ）		
		①（1）に適合しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		②　医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価し、かつ、当該訪問において、居宅の浴室が、利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っているか。ただし、医師等による利用者宅訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作、浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えない。		
		③　機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、利用者の身体の状況、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成しているか。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる。		
		④　③の入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境（福祉用具等の設置により利用者宅の浴室の状況を再現）で入浴介助を行っているか。		
		３　生活機能向上連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
		①　訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等の助言に基づき、当該通所介護事業所（地域密着型通所介護事業所）の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		
		②　個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。		
		③　①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を３月ごとに１回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じ訓練内容の見直しを行っているか。		
		（２）生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
		①　訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該通所介護事業所（地域密着型通所介護事業所）を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		
		②　個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		③　①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を３月ごとに１回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じ訓練内容の見直しを行っているか。		
		４　個別機能訓練加算（Ⅰ）、（Ⅱ）　※（Ⅰ）のイとロは併算定不可		
		（１）個別機能訓練加算（Ⅰ）イ		
		①　専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を１名以上配置しているか。（配置時間の定めなし）		
		②　機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っているか。		
		③　個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、この項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っているか。		
		④　機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成しているか。また、その後３月ごとに１回以上、利用者の居宅を訪問した上で当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行っているか。		
		⑤　人員欠如・定員超過に該当していないか。		
		（２）個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		
		①　（１）①に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を１名以上配置しているか。※配置時間の定めなし		
		②　（１）②から⑤のいずれにも適合しているか。		
		（３）個別機能訓練加算（Ⅱ）		
		①　（１）①から⑤まで又は（２）①及び②に適合しているか。		
		②　利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。		
		５　若年性認知症利用者受入加算		
		（１）若年性認知症利用者であるか。		
		（２）利用者ごとに担当者を定め、特性に合ったサービスを提供しているか。		
		６　栄養アセスメント加算		
		（１）事業所の職員として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		（2）利用者ごとに管理栄養士等が共同して、3月に1回以上栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族にその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。また、1月に1回以上利用者の体重の測定をしているか。		
		（3）利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報等を活用しているか。		
		（4）栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間及び栄養改善サービスが終了した日の属する月に、当該加算を算定していないか。（当該加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスが必要と判断された場合を除く。）		
		（5）定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		7　栄養改善加算		
		（1）事業所の職員として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置しているか。		
		（2）利用者は、低栄養状態等栄養改善サービスの提供が必要な者か。		
		（3）栄養アセスメントを行い、管理栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成しているか。		
		（4）作成した栄養ケア計画については、利用者又はその家族に説明しその同意を得ているか。		
		（5）管理栄養士等が栄養改善サービスを提供し、栄養状態を定期的に記録しているか。		
		（6）居宅における食事状況を聞き取った結果、課題がある場合には、課題を解決するために、利用者の同意を得て、利用者宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供しているか。		
		（7）概ね3ヶ月ごとに栄養状態の評価を行い、継続的にサービス提供を行う必要性を確認しているか。		
		（8）評価等を介護支援専門員、主治医に情報提供しているか。		
		（9）継続する場合、その必要性を確認しているか。		
		(10）定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		8　口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（1）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		
		①　利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態を確認し、利用者の口腔の健康状態に関する以下の情報を介護支援専門員に提供しているか。 ・　硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ・　入れ歯を使っている者 ・　むせやすい者		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		②　利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し、利用者の栄養状態に関する以下の情報を介護支援専門員に提供しているか。 ・　BMIが18.5未満である者 ・　1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等 ・　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ・　食事摂取量が不良（75%以下）である者		
		③　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		④　算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないか。		
		ア　栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは栄養改善サービスが終了した日の属する月		
		イ　口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は口腔機能向上サービスが終了した日の属する月		
		⑤　当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔連携強化加算を算定していないか。		
		（２）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		
		ア、イのいずれかに適合しているか。		
		ア　次の(a)から(c)のいずれにも適合しているか。		
		(a)（１）①及び③に適合しているか。		
		(b) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは栄養改善サービスが終了した日の属する月であるか。		
		(c) 算定日が属する月が、口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないか。		
		イ　次の(a)から(d)のいずれにも適合しているか。		
		(a)（１）②及び③に適合しているか。		
		(b) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないか。		
		(c) 算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であるか。		
		(d) 当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔連携強化加算を算定していないか。		
		９　口腔機能向上加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
		（１）口腔機能向上加算（Ⅰ）		
		①　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		②　利用者は、次のアからウまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要な者か。 ア　認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の３項目のいずれかの項目において「１」以外に該当する者 イ　基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の３項目のうち、２項目以上が「１」に該当する者 ウ　その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者		
		③　利用開始時に、口腔機能を把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者又は家族に説明し、同意を得ているか。		
		④　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。		
		⑤　おおむね３月ごとに利用者の口腔機能の状態の評価を行い、その結果を介護支援専門員や主治の医師等に情報提供しているか。		
		⑥　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
		⑦　継続する場合、その必要性を確認しているか。		
		（２）口腔機能向上加算（Ⅱ）		
		①　（１）に適合しているか。		
		②　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報等を活用しているか。		
		１０　送迎を行わない場合の減算		
		片道47単位減算しているか。		
		その他指導事項等		

※「介護給付費の算定及び取扱い」において、後日送付する実地指導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、実地指導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　指定通所介護・指定地域密着型通所介護（宿泊サービス）

検　査　日：令和　　年(　　年)　月　　日（　）．　事業者名称：

事業所名称：　．

検査員所属：八王子市　福祉部　指導監査課　介護・高齢担当　．

検査員氏名：　．

【注意事項】

1　この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が検査当日に遵守されていないと認めた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。

2　下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。

3　後日通知する「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　従業者の員数及び資格		
		（1）宿泊サービスの提供を行う時間帯を通じて介護職員又は看護職員を常時１人以上確保しているか。		
		（2）介護職員は介護福祉士の資格を有する者、実務者研修又は介護職員初任者研修を修了した者、あるいは介護等に対する知識及び経験を有する者とするよう努めているか。		
		（3）食事の提供を行う場合は、食事の介助等に必要な員数を確保しているか。		
		（4）緊急時に対応するための職員の配置又は提供時間帯を通じた連絡体制の整備を行っているか。		
		2　責任者		
		宿泊サービス従業者の中から責任者を定めているか。		
		その他指導事項等		
Ⅱ　設備に関する基準				
		1　利用定員		
		当該指定通所介護事業所等の運営規程に定める利用定員の２分の１以下かつ９人以下としているか。		

※指導事項は✓印を付す

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		２　設備及び備品等		
		（１）宿泊室		
		①　定員を１室あたり１人としているか（利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合は２人可）。		
		②　床面積は１室あたり７．４３㎡以上となっているか。		
		③　①及び②を満たす宿泊室（個室）以外の宿泊室を設ける場合、定員を１室あたり４人以下としているか。		
		④　個室以外の宿泊室の面積は、７．４３㎡に利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上となっているか。		
		⑤　④の構造は利用者のプライバシーが確保されたものとなっているか。※パーテーションや家具などにより視線の遮断が確保される必要あり。カーテンは認められない。		
		⑥　利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合を除き、男女が同室で宿泊することがないように配慮しているか。		
		（２）消火設備その他の非常災害に際して必要な設備		
		消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しているか。		
		その他の指導内容等		
Ⅲ　運営に関する基準				
		１　内容及び手続の説明及び同意		
		（１）宿泊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、宿泊サービスの選択に資すると認められる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。		
		（２）重要事項説明書の内容は適切か。		
		２　宿泊サービス提供の記録		
		宿泊サービスを提供した際には、提供日、提供した具体的な宿泊サービスの内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。		
		３　宿泊サービスの取扱方針（身体的拘束等の適正化）		
		（１）当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急かつやむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行っていないか。		
		（２）身体的拘束等を行う場合には、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かつやむを得ない理由を記録しているか。		

指導事項		検　査　項　目	確認欄	備　考
		4　宿泊サービス計画の作成		
		（1）おおむね4日以上連続して利用することが予定されている利用者について、宿泊サービス計画を作成しているか。また、4日未満の利用であっても反復的、継続的に利用することが予定されている利用者について、宿泊サービス計画を作成しているか。		
		（2）計画の作成に当たっては、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、指定通所介護事業所等におけるサービスとの継続性に配慮して、指定居宅介護支援事業者等と連携を図った上、具体的なサービスの内容等を記載しているか。		
		（3）居宅サービス計画等に沿って作成しているか。		
		（4）宿泊サービスの利用が長期間とならないよう、居宅介護支援事業者等と密接に連携を図っているか。		
		（5）利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、利用者に交付しているか。		
		5　介護		
		（1）排せつの自立について必要な援助を行っているか。		
		（2）利用者のおむつを適切に取り替えているか。		
		（3）離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。		
		6　食事の提供		
		（1）栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しているか。		
		（2）可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しているか。		
		7　健康への配慮		
		主治の医師や居宅介護支援事業者等と連携し、常に利用者の健康の状況に配慮して適切な宿泊サービスを提供しているか。		
		8　相談及び援助		
		利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。		
		9　緊急時等の対応		
		利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ協力医療機関を定めている場合は、協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。		

指導事項		検　　査　　項　　目	確認欄	備　　考
		１０　運営規程		
		（１）必要な項目は規定されているか。		
		（２）項目の規定内容は適切か。		
		１１　勤務体制の確保等		
		（１）宿泊サービス従業者の勤務の体制を定めているか。		
		（２）当該宿泊サービス従業者によって宿泊サービスを提供しているか。		
		（３）従業者の資質の向上のために、研修の機会を確保しているか。		
		１２　定員の遵守		
		運営規程に定める利用定員を超えてサービスの提供を行っていないか。		
		１３　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）定期的に夜間を想定した避難、救出その他必要な訓練を行っているか。		
		１４　衛生管理等		
		（１）施設、食器その他の設備又は飲用水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じているか。		
		（２）感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか。		
		１５　秘密保持等		
		（１）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。		
		（２）利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。		
		１６　広告		
		内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。また、介護保険サービスとは別のサービスであることを明記しているか。		
		１７　苦情処理		
		（１）苦情受付窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。		
		（２）苦情の内容等を記録しているか。		

指導事項		検　　査　　項　　目	確認欄	備　　考
		１８　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、損害賠償を速やかに行っているか。		
		その他の指導内容等		

※指導事項は✓印を付す