

自己点検シート（居宅介護支援）

事業所名	
点検者職・氏名	
点検年月日	年 月 日

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」、該当がないものは「該当なし」にチェックをしてください。

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
I 基本方針					
1 基本方針	要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものとなっていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 重要事項説明書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、当該利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないよう、公正かつ中立に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業の運営に当たり、市町、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援の提供に当たり、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II 人員基準					
2 従業者の員数	常勤の介護支援専門員（資格の有効期限内）を1人以上配置していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務表 ・ 介護支援専門員証 ・ 常勤・非常勤職員の員数がわかる書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常勤（ 人）： 非常勤（ 人）				
	介護支援専門員の員数は標準数（利用者の数が35又はその端数を増すごとに1）を満たしていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者数がわかる資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
3 管理者	<p>常勤・専従（※）の主任介護支援専門員（資格の有効期限内）である管理者を配置していますか。 <u>（令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する旨の経過措置あり）</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 勤務表 介護支援専門員証 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※管理上支障がない場合は、他の職種等を兼務することができる。</p> <p>→ 下記の事項について記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 兼務の有無（有・無） 当該事業所の介護支援専門員と兼務（有・無） 同一敷地内の他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 <p>事業所名：（ ） 職種名：（ ） 勤務時間：（ ）</p>				

Ⅲ 運営基準

4 内容及び手続の説明及び同意	<p>指定居宅介護支援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（※）について記した文書を交付していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 重要事項説明書 利用申込書（契約書等） 同意に関する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 運営規程の概要、勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等利用者のサービス選択に資すると認められる事項</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることができることについて理解を得ているという署名を得ていますか。【減算項目】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 同意に関する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることが可能であることについて理解を得ているという署名を得ていますか。【減算項目】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 同意に関する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>※ 前6月間に事業所において作成した居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合について理解を得ているという署名を得ていますか。【減算項目】</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 同意に関する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>※ 前6月間に事業所において作成した居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護ごとの回数の中に同一の居宅サービス事業者又は地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について理解を得ているという署名を得ていますか。【減算項目】</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 同意に関する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
5	提供拒否の禁止	<p>正当な理由なくサービスの提供を拒否していませんか。</p> <p>※正当な理由の主な例</p> <p>①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合</p> <p>②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合</p> <p>③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかな場合</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	サービス提供困難時の対応	サービスの提供が困難な場合、適当な他事業者の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。	・利用申込受付簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	受給資格等の確認	指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その者の被保険者証の確認を行っていますか。	・被保険者証（写し）又は記載内容の確認書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	要介護認定の申請に係る援助等	要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、申請代行等の必要な協力を行っていますか。	・申請代行に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用申込者が要介護認定を申請していない場合、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	・要介護認定申請書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		要介護認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が満了する30日前には行われるよう必要な援助を行っていますか。	・要介護認定申請書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	身分を証する書類の携行	介護支援専門員に介護支援専門員証を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族の求めに応じて提示するよう指導していますか。	・就業規則 ・業務マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	利用料等の受領①	法定代理受領サービスに該当しない居宅介護支援を提供した場合の利用料と、居宅介護サービス計画費の額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。	・運営規程 ・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用料のほか、運営規程に定められた交通費（利用者の居宅が通常の事業の実施地域以外の地域の場合）以外の支払いを利用者から受けていませんか。	・重要事項説明書 ・運営規程 ・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通常の事業の実施地域外でサービスを提供し、それに要した交通費の支払いを利用者から受ける場合は、あらかじめ利用者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。	・説明文書 ・利用申込書 ・同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。	・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。	・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	保険給付の請求のための証明書の交付	指定居宅介護支援について利用料の支払いを受けた場合は、指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付していますか。	・指定居宅介護支援提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
12	指定居宅介護支援の基本的取扱方針	要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、保健医療サービスとの連携に十分配慮していますか。	・居宅サービス計画書 ・居宅介護支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自ら提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	・評価を実施した記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	指定居宅介護支援の具体的取扱方針①	指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。	・説明文書 ・業務マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画の作成及び変更に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしていますか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長していませんか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画の作成及び変更に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付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、地域住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。	・居宅サービス計画書 ・課題分析の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域におけるサービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画の作成及び変更に当たっては、適切な方法により利用者が抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題を把握していますか。	・課題分析の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行っていますか。【減算項目】	・居宅介護支援経過 ・アセスメントの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録を完結の日から2年間保存していますか。	・アセスメントの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アセスメントの結果に基づき、解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその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、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成していますか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
13 指定居宅介護支援の具体的取扱方針②	サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。【減算項目】	・サービス担当者会議の要点 ・サービス担当者に対する照会内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>サービス担当者会議をテレビ電話装置等を活用する際は、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得ていますか。</u>	・テレビ電話会議の同意に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<サービス担当者会議を開催しなければならない場合> ①居宅サービス計画を新規に作成した場合 ②要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合 ③要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合 ④居宅サービス計画の変更を行う場合（軽微な変更を除く）				
	サービス担当者会議の開催に当たって、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る）の状況等により、主治の医師等の意見を勧告して必要と認める場合その他やむを得ない理由（※）がある場合には、サービス担当者に対する照会等により意見を求めていますか。 【減算項目】 ※会議の日程調整を行ったが担当者の事由により参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等	・サービス担当者会議の要点 ・サービス担当者に対する照会内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画の原案に位置づけたサービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得ていますか。 【減算項目】	・居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画を作成及び変更した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していますか。 【減算項目】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準条例において位置づけられている計画の提出を求めていますか。 ※居宅サービス計画と個別サービス計画の運動性や整合性について確認し、サービス提供事業者との意識の共有を図ることが重要。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画の作成後、計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の服薬状況、口腔機能その他心身又は生活状況に係る情報のうち助言が必要であると判断したものについては、利用者の同意を得て、主治の医師等に提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
13 指定居宅介護支援の具体的な取扱方針③	実施状況の把握（モニタリング）は、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行われていますか。（特段の事情とは、利用者の事情により利用者の居宅を訪問し利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。）【減算項目】	・モニタリングの記録 ・居宅介護支援経過			
	① 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画の変更の場合には、第4項から第13項に規定する一連の業務を行っていますか。【減算項目】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ただし、利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等で介護支援専門員が一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合は、この必要はない。				
	介護支援専門員は、適正な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、主治医に意見を求める等し、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行っていますか。	・主治医との連絡記録 ・居宅介護支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行っていますか。	・介護保険施設等との連絡記録 ・居宅介護支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の居宅サービス計画を市町村に届け出ていますか。（平成30年10月1日以降）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>事業所において作成した居宅サービス計画に位置付けたサービス等に係るサービス費の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準（※）に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該計画を市町村に届出ていますか。</u> <u>（令和3年10月1日以降）</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めていますか。	・居宅サービス計画書 ・主治医の意見書 ・主治医への照会記録 ・居宅介護支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
また、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画について、意見を求めた主治の医師等に交付していますか。（対面、郵便、メール可）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
13 指定居宅介護支援の具体的な取扱方針④	居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行っていますか。また、医療サービス以外のサービス等を位置付ける場合、医学的観点からの留意事項が示されているときは当該留意点を尊重してこれを行っていますか。	・居宅サービス計画書 ・主治医の意見書 ・居宅介護支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合、利用日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしていますか。（利用者の心身の状況、本人、家族等の意向に照らし、上記の日数を越えた利用が必要と認められる場合を除く。）	・居宅サービス計画書 ・サービス利用票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、継続した貸与の必要性について検証していますか。	・居宅サービス計画書 ・サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合、その理由を居宅サービス計画に記載していますか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合には、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載していますか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	被保険者証に、認定審査会意見又は市町村による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成していますか。	・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防支援の業務の委託を受ける場合は、その業務量等を勘案し、指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議から検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合には、生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針が記載されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画に通院等乗降介助の訪問介護を位置づける場合には、①通院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由、②利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨、③総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していること、が明確に記載されていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
14 法定代理受領サービスに係る報告	毎月、市町又は国民健康保険団体連合会に対し、居宅サービス計画において位置づけられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置づけられたものに関する情報を記載した文書（給付管理票）を提出していますか。	・ 給付管理票控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に位置づけられている基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、市町又は国民健康保険団体連合会に提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付	次の場合、利用者に直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付していますか。 ①利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合 ②要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合 ③利用者からの申出があった場合	・ 給付管理票控 ・ 居宅サービス計画書 ・ サービス利用票・別表 ・ 実施状況に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 利用者に関する市町村への通知	利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町に通知していますか。 ①正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 ②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	・ 市町に送付した通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 管理者の責務	事業所の従業者及び業務の管理は、管理者により一元的に行われていますか。また、管理者は介護支援専門員その他従業者に法令・基準等を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	・ 組織図、組織規程 ・ 業務分担表 ・ 業務報告書 ・ 業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 運営規程	指定居宅介護支援事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②職員の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥虐待の防止のための措置に関する事項（令和6年3月31日まで経過措置あり） ⑦その他運営に関する重要事項 ※⑥については、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示す内容であること。	・ 運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
勤務体制の確保等① (勤務表、研修の機会等)	月ごとの勤務表を作成し、介護支援専門員については、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ますか。	・就業規則 ・運営規程 ・雇用契約書 ・勤務表 (原則として月ごと)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所ごとに、当該事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させていますか。ただし、介護支援専門員の補助業務についてはこの限りではない。	・勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護支援専門員の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特に、介護支援専門員実務研修修了後、初めて就業した介護支援専門員については、就業後6月～1年の間に都道府県等が行う初任者向けの研修を受講する機会を確保していますか。	・研修受講修了証明書 ・研修計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護支援専門員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を次のとおり講じていますか。				
勤務体制の確保等② (ハラスメント)	①次の指針に規定されている内容に沿って必要な措置を講じていますか。 (1)事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針(平成18年厚生労働省告示第615号) (2)事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針(令和2年厚生労働省告示第5号)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発していますか。	・ハラスメントに関する方針 ・従業員に周知・啓発していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③相談(苦情を含む。)に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談の対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知していますか。	・相談対応担当者 ・従業員に周知していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※②・③の措置を講じるにあたっては次のマニュアルや手引きを参考にすること。(厚生労働省ホームページ掲載) (1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル (2)(管理職・職員向け)研修のための手引き				
	④介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、次の事項について取り組むように努めていますか。 (1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 (2)被害者への配慮のための取組(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等) (3)被害防止のための取組(マニュアル作成や研修の実施、業種・業態等の状況に応じた取組)	・各取組がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
20	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援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、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p> <p>※計画に必要な項目 ①感染症に係る業務継続計画 (1)平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） (2)初動対応 (3)感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） ②災害に係る業務継続計画 (1)平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） (2)緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） (3)他施設及び地域との連携</p>	・業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p>	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<p>設備及び備品等</p> <p>事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えていますか。</p>	・平面図 ・設備・備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>専用の事務室又は区画については、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースが確保されていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<p>従業者の健康管理</p> <p>介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行っていますか。</p>	・健康管理に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<p>事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p>				
	<p>①事業所における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、介護支援専門員に周知徹底を図っていますか。 ※事業所の従業者が1名である場合は、②の指針を整備することで、委員会を開催しないことも差し支えない。</p>	・委員会開催の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②事業所における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ますか。 ※「介護現場における感染対策の手引き」（厚生労働省）を参考にすること。</p>	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③事業所において、介護支援専門員に対し、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）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p>	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
24	重要事項の揭示	事業所の利用者から見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。 ※事業所は、上記に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	秘密保持	従業者及び管理者が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		従業者及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	・就業時の取り決め等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス担当者会議等において、利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。	・利用者及び家族の同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	広告	広告内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。	・広告物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等	事業者及び管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業者及び管理者は、介護支援専門員に居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けるべき旨の指示を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護支援専門員は、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護支援専門員は、居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業者並びに従事者及び管理者は、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることへの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
28 苦情処理	利用者及びその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応していますか。 苦情件数 : 月 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :	・ 運営規程 ・ 苦情に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	相談窓口の連絡先、苦情処理の体制等を利用申込者にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、事業所に掲示していますか。	・ 運営規程 ・ 運営に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情の内容等を記録・保存していますか。	・ 苦情に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、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ますか。	・ 取組に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じていますか。	・ 報告に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申し立てに関して、利用者に対し必要な援助を行っていますか。	・ 苦情に関する記録 ・ 援助に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者からの苦情に関して市町村又は国保連が行う調査に協力するとともに、市町村又は国保連から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。	・ 指導等に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	市町村又は国保連からの求めがあった場合には、改善の内容を市町村に報告していますか。	・ 報告に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 事故発生時の対応	事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。また、事故の状況や措置について記録していますか。 過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を準備していますか。 →過去一年間の事故事例の有無 : 有 ・ 無	・ 事故対応マニュアル ・ 事故に関する記録 ・ 事故発生報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ますか。賠償すべき事故が発生したことがない場合でも、損害賠償を速やかに行える準備をしていますか。 →損害賠償保険への加入 : 有 ・ 無	・ 損害賠償関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。	・ 事故再発防止検討記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
30	<p>虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p>				
	<p>1. 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ること。</p> <p>※委員会の検討内容 (1) 虐待防止検討委員会その他事業所内組織に関すること (2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること (3) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること (4) 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること (5) 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること (6) 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること (7) 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p>	<p>・ 委員会開催の記録 ・ 従業員に周知していることがわかる書類</p>	□	□	□
	<p>2. 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>※指針に盛り込む項目 (1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方 (2) 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 (3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 (4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 (5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 (6) 成年後見制度の利用支援に関する事項 (7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 (8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 (9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>	<p>・ 指針</p>	□	□	□
	<p>3. 介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。</p> <p>※新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。</p> <p>※研修の実施内容についても記録すること。</p>	<p>・ 研修の記録</p>	□	□	□
	<p>4. 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	<p>・ 担当者の配置がわかる書類</p>	□	□	□
31	<p>会計の区分</p> <p>事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。</p>	<p>・ 会計関係書類</p>	□	□	□

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
32	記録の整備	従業者，設備，備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次に掲げる介護サービスの提供に関する記録を整備し，規則に定める日から2年間保存していますか。 <u>「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すもの。</u>	・居宅サービス計画書 ・居宅介護支援経過（アセスメント・モニタリング結果記録） ・サービス担当者会議の要点 ・市町村への通知に係る記録 ・苦情の記録 ・事故の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	電磁的記録等	<u>（電磁的記録について）</u> <u>（1）作成、保存その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>（2）交付、説明、同意、承諾その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を事前に得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等						
34	変更の届出等	当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは，10日以内にその旨を県知事に届け出ていますか。	・届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
VI 介護給付費関係					
35 基本的事項 ①	<p>指定居宅介護支援に要する費用の額は、平成12年厚生省告示第20号の別表「指定居宅介護支援介護給付費単位数表」により算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>指定居宅介護支援に要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用票・別表 ・ 給付管理票 ・ 介護給付費請求書 ・ 介護給付費明細書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>①居宅介護支援費（Ⅰ）</u></p> <p>要介護である利用者に対して指定居宅介護支援を行い、かつ、月の末日において市町村又は国民健康保険団体連合会に対し、給付管理票を提出している指定居宅介護支援事業所について、次の区分に応じそれぞれの所定単位数を算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(1)居宅介護支援費（ⅰ）</u></p> <p>取扱件数（※）が40未満である場合又は40以上の場合において、40未満の部分について算定</p> <p>a 要介護1又は要介護2 1.076単位</p> <p>b 要介護3、要介護4又は要介護5 1.398単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(2)居宅介護支援費（ⅱ）</u></p> <p>取扱件数（※）が40以上の場合において、40以上60未満の部分について算定</p> <p>a 要介護1又は要介護2 539単位</p> <p>b 要介護3、要介護4又は要介護5 698単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(3)居宅介護支援費（ⅲ）</u></p> <p>取扱件数（※）が40以上の場合において、60以上の部分について算定</p> <p>a 要介護1又は要介護2 323単位</p> <p>b 要介護3、要介護4又は要介護5 418単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>②居宅介護支援費（Ⅱ）</u></p> <p>情報通信機器の活用又は事務職員の配置を行っている事業者が、要介護である利用者に対して居宅介護支援を行い、かつ、月の末日において市町村又は国民健康保険団体連合会に対し、給付管理票を提出している指定居宅介護支援事業所について、次の区分に応じそれぞれの所定単位数を算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(1)居宅介護支援費（ⅰ）</u></p> <p>取扱件数（※）が45未満である場合又は45以上の場合において、45未満の部分について算定</p> <p>a 要介護1又は要介護2 1.076単位</p> <p>b 要介護3、要介護4又は要介護5 1.398単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(2)居宅介護支援費（ⅱ）</u></p> <p>取扱件数（※）が45以上の場合において、45以上60未満の部分について算定</p> <p>a 要介護1又は要介護2 522単位</p> <p>b 要介護3、要介護4又は要介護5 677単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
35 基本的事項 ②	<p><u>(3)居宅介護支援費 (iii)</u> <u>取扱件数 (※) が45以上の場合において、60以上の部分について算定</u> <u>a 要介護1又は要介護2 313単位</u> <u>b 要介護3、要介護4又は要介護5 406単位</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※取扱件数</p> <p>指定居宅介護支援事業所において、指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業者から委託を受けて行う指定介護予防支援の提供を受ける利用者数に2分の1を乗じた数を加えた数を、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の常勤換算方法で算定した員数で除して得た数</p>				
36 サービス利用票を作成した月において利用実績のない場合	<p><u>次の場合、例外の場合 (※) を除いて、居宅介護支援費を請求していませんか。</u> <u>(1)サービス利用票の作成が行われなかった月</u> <u>(2)サービス利用票を作成した月においても利用実績のない月</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>上記の例外の場合 (※) として居宅介護支援費を請求する際は、次の(1)と(2)のいずれの要件も満たしていますか。</u> <u>(1)対象者は、病院や施設等から退院又は退所する者等であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込がないと診断した利用者であること。</u> <u>(2)当該利用者に対してモニタリング等の必要なケアマネジメントを行い、給付管理表の作成など、請求にあたって必要な書類整備を行っている場合であること。</u> <u>(3)この場合に、居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録を残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 運営基準減算	<p>厚生労働大臣が定める基準 (※) に該当する場合には、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>運営基準減算が2月以上継続している場合に、所定単位数を算定していませんか。</p> <p>※減算基準 《次の基準を満たしていない場合》</p> <p>① 条例第6条第2項 (複数の指定居宅サービス事業者等の紹介、<u>前6月間のケアプランの利用割合等</u>) ② 条例第6条第3項 (指定居宅サービス事業者等の選定理由) ③ 条例第15条第7項 (居宅訪問による面接) ④ 条例第15条第9項 (サービス担当者会議の開催等…新規) ⑤ 条例第15条第10項 (居宅サービス計画原案の内容の説明と同意) ⑥ 条例第15条第11項 (居宅サービス計画の利用者及び担当者への交付) ⑦ 条例第15条第14項 (1月に1回の居宅訪問、1月に1回のモニタリング結果の記録) ⑧ 条例第15条第15項 (サービス担当者会議の開催等…更新、区分変更) ⑨ 条例第15条第16項 (居宅サービス計画の変更についての準用)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 特別地域居宅介護支援加算	<p>平成12年厚生省告示第24号に定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の15に相当する単位数を加算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
39	中山間地域等における小規模事業所加算	平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に所在し、かつ、平成24年厚生労働省告示第97号の四十七(※)に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算していますか。 ※1月当たり実利用者数が20人以下の指定居宅介護支援事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合は所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	特定事業所集中減算	平成27年厚生労働省告示第95号の八十三に定める基準(※)に該当する場合には、1月につき200単位を所定単位数から減算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※正当な理由なく、指定居宅介護支援事業所において、前6月間に作成した居宅サービス計画に位置づけられた指定訪問介護、指定通所介護、指定福祉用具貸与又は指定地域密着型通所介護(以下「訪問介護サービス等」という。)が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護サービス等それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス等のいずれかについて80%を超えた場合に減算する。				
42	サービス種類相互間の算定関係	利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護(短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。)又は小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。)、認知症対応型共同生活介護(短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く。)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。)若しくは複合型サービス(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。)を受けている場合は、算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	初回加算	新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他平成27年厚生労働省告示第94号の五十六に定める基準(※)に適合する場合、1月につき300単位を加算していますか。 ただし、運営基準減算に該当する場合は、加算を算定できない。 ※次のいずれかに該当している場合 イ 新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対し、居宅介護支援を行った場合 ロ 要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
44 特定事業所加算	平成27年厚生労働省告示第95号の八十四に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定居宅介護支援事業所は、1月につき次の単位数を加算していますか。ただし、次に掲げるいずれかの加算のみ算定する。				
	(1) 特定事業所加算(I) 505単位 次の①～⑬のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 特定事業所加算(II) 407単位 次の②, ③, ④, ⑥～⑭のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 特定事業所加算(III) 309単位 次の③, ④, ⑥～⑮のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>(4) 特定事業所加算(A) 100単位 次の③, ④, ⑥～⑭, ⑯, ⑰のいずれにも適合している場合。ただし、④, ⑥, ⑪, ⑫の基準は他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えない。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定事業所加算 (I) (①～⑬)	① 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 主任介護支援専門員とは別に、専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催していること。 ※1 少なくとも次のような議題を含めること。 (1) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針 (2) 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方針 (3) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況 (4) 保健医療及び福祉に関する諸制度 (5) ケアマネジメントに関する技術 (6) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針 (7) その他必要な事項 ※2 議事については記録を作成し、2年間保存すること。 ※3 定期的とは、おおむね週1回以上をいう。 <u>また、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものも可。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 24時間連絡体制(※)を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。 ※常時、担当者が携帯電話等により連絡をとることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとること。事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能。 <u>※特定事業所加算(A)を算定する事業所については、携帯電話等による転送が可能な対応等も可であるが、連携先事業所の利用者に関する情報を共有することから、秘密保持(西宮市条例第25条)の規定の遵守とともに、利用者に対し当該加算算定事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行い、同意を得ること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が4割以上であること。 ※毎月その割合を記録しておくこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 事業所の介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施(※)していること。 ※資質向上のための研修体系と、研修のための勤務体制を確保すること。 ※個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めること。 <u>※特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<p>特定事業所加算 (I) (①～⑬)</p> <p>特定事業所加算 (II) (②, ③, ④, ⑥～⑭)</p> <p>特定事業所加算 (III) (③, ④, ⑥～⑮)</p> <p>特定事業所加算 (A) (③, ④, ⑥～⑭, ⑯, ⑰)</p>	⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。 ※自ら積極的に支援困難事例を受け入れるものでなければならず、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩ 事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満(※)であること。 <u>ただし、居宅介護支援費(II)を算定している場合は45名未満(※)であること。</u> ※介護予防支援の委託件数に1/2を乗じた数を含めること。 ※事業所単位で平均して40・45名未満でよいが、不当に特定の者に偏るなど適切なケアマネジメントに支障がないよう配慮すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用) ※協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受け入れが行われていることに限らず、受け入れが可能な体制が整っていることをいう。そのため、研修の実施主体との間で実習等の受け入れを行うことに同意していることを書面によって提示できるようにすること。 <u>※特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑫ 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。 <u>※特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑬ <u>必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス※(インフォーマルサービス含む)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こと。</u> <u>※生活支援のサービスの例</u> <u>介護給付等対象サービス以外の次のサービス等をいう。</u> ・保険医療サービス ・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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑭ 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の主任介護支援専門員を配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑮ 主任介護支援専門員とは別に、専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>⑯ 主任介護支援専門員とは別に、専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の介護支援専門員を1名以上配置していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>⑰ 主任介護支援専門員とは別に、専ら指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員を常勤換算方法(事業所の従業員の勤務延時間数を事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する方法)で1名以上配置していること。</u> <u>ただし、当該介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所(連携している他の居宅介護支援事業所がある場合は、当該事業所に限る。)の職務と兼務をしても差し支えない。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<算定上の留意事項> ※ 毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、2年間保存していること。				

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
45 特定事業所医療介護連携加算	平成27年厚生労働省告示第95号の八十四の二に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定居宅介護支援事業所は、次の①～③のいずれにも適合する場合、1月につき125単位を加算していますか。				
	① 前々年度の三月から前年度の二月までの間において退院・退所加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ、（Ⅱ）ロ又は（Ⅲ）の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数（※）（厚労省告示第八十五号の二イからホまでに規定する情報の提供を受けた回数をいう。）の合計が35回以上であること。 ※連携の回数とは、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数を指す。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 前々年度の三月から前年度の二月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 入院時情報連携加算	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合は、厚生省告示に定める基準（※）に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算していますか。 ※ただし、次に掲げるいずれかの加算のみ算定する。				
	(1) 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位 利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報（※）を提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位 利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入院時情報連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ) 情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について、居宅サービス計画書等に記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※必要な情報とは、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）、サービスの利用状況をいう。					

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
47 退院・退所加算	<p>病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、その居室において居室サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院等の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居室サービス計画を作成し、居室サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合(同一の利用者について、当該居室サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)には、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、初回加算を算定する場合は算定できない。なお、利用者に関する必要な情報は「退院・退所加算に係る様式例」(平成21年老振発0313001号/別紙)による。</p>				
	<p>(共通事項) 面談をテレビ電話装置等を活用して活用する際は、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその家族の同意を得ていますか。</p>	同意を得た記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>((2),(4),(5)共通事項) カンファレンスには、退院又は退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居室サービスを提供する作業療法士等が参加していますか。</p>	カンファレンス記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(1) 退院・退所加算(Ⅰ)イ 450単位 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600単位 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 退院・退所加算(Ⅱ)イ 600単位 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 退院・退所加算(Ⅱ)ロ 750単位 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスにより受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 退院・退所加算(Ⅲ) 900単位 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスにより受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2)から(5)のカンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居室サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書(*)の写しを添付していますか。</p> <p>*「利用者又は家族に提供した文書の写し」とは診療報酬の退院時共同指導料算定方法でいう「病院の医師や看護師等と共同で退院後の在宅療養について指導を行い、患者に情報提供した文書」をいう。</p>	<p>・カンファレンスに係る記録 ・利用者又は家族に提供した文書の写し</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>※同一日に複数回情報提供を受けた場合又はカンファレンスに参加した場合は1回として算定する。 ※原則として退院・退所前に情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定できる。</p>					

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
48 通院時情報連携加算	<p>利用者が病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して利用者の心身状況や生活環境等の必要情報の提供を行うとともに、医師等から必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として50単位を加算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(1)利用者が医師の診察を受ける際に同席していますか。</p>	同意を得た記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※同席にあたっては、利用者の同意を得ていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2)医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行っていますか。</p>	医師へ情報提供を行った内容が分かる記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3)医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録していますか。</p>	居宅サービス計画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 緊急時等居宅カンファレンス加算	<p>病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合、利用者1人につき1月に2回を限度として200単位を加算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 ターミナルケアマネジメント加算	<p>在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合、1月につき所定単位数を加算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保して、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していますか。</p>	・24時間連絡できる体制（組織図）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ターミナルマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録していますか。</p>				
	<p>(1)終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録。</p>	・居宅サービス計画 ・支援記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2)利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録。</p>	・居宅サービス計画 ・支援記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>