

自己点検シート（居宅介護・重度訪問介護・移動支援・同行援護・行動援護）

事業所名			
点検者 (職名及び氏名)			
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」に、該当しないものは「該当なし」にチェックをしてください。

○「I 基本方針からV 変更の届出」までは、特に記載のある場合を除き、居宅介護、重度訪問介護、移動支援、同行援護、行動援護共通としています。その場合、「居宅介護等」と記載しています。

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	一般原則	利用者又は利用者である障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った指定障害福祉サービスの提供に努めていますか。	<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、研修の実施その他の措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	基本方針	【居宅介護】 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとなっていますか。	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【重度訪問介護】 重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって、常時介護を要する障害者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該障害者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【移動支援】 屋外で移動が困難な障害者(児)について、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加を行う外出のための支援(但し、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る)となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【同行援護】 視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該障害者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報の提供、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障害者等の外出時に必要な援助を適切かつ効果的に行うものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【行動援護】 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、当該利用者が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護、その他の当該利用者が行動する際に必要な援助を適切かつ効果的に行うものとなっていますか。		<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																																																								
Ⅱ 人員基準																																																													
3 ①	従業者の員数	<p>指定居宅介護事業所ごとに置くべき従業者の員数は常勤換算方法で、2.5以上となっていますか。</p> <p>※居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、移動支援のうち、2以上の指定をあわせて受ける場合も、従業者の員数は2.5以上で足りる。</p> <p>※介護保険法による指定訪問介護等の事業を行う者が、指定居宅介護等の事業を同一の事業所で併せて行う場合は、指定訪問介護等の事業に係る指定を受けていることをもって、指定居宅介護等の事業に係る基準を満たしているものとして差し支えない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
	従業者の資格要件 (居宅介護) (重度訪問介護)	<p>指定居宅介護及び指定重度訪問介護従業者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①介護福祉士 ②看護師、准看護師、保健師 ③実務者研修修了者 ④居宅介護職員初任者研修修了者(介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧1・2級課程修了者) ⑤重度訪問介護従事者養成研修修了者(重度訪問介護のみ) ⑥生活援助従事者養成研修 ※居宅介護の「家事援助」と「身体介護を伴わない通院等介助」のみ可能</p> <p>【以下、居宅介護に関する内容。以下の資格は全て居宅介護にて減算】</p> <p>⑦基礎研修課程修了者等(居宅介護従業者基礎研修修了者、旧3級課程修了者、基礎研修修了者、支援制度以前のサービス従事経験がある者で都道府県知事から必要な知識及び技術を有すると証明されたみなし証明者も同等と扱う)</p> <p>⑧重度訪問介護従事者養成研修修了者であって、身体障害者の直接支援業務の従事経験がある者</p> <p>⑨旧外出介護研修修了者(視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修及び知的障害者外出介護従業者養成研修)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の勤務体制表 ・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・職員の専任、兼任の状況が分かる書類 ・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・職員の資格、実務経験が分かる書類 ・雇用契約書 ・就業規則 ・賃金台帳等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
3 ②	従業者の資格要件 (移動支援)	<p>従業者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <table border="1" data-bbox="387 1420 1307 2033"> <thead> <tr> <th>資格等</th> <th>全身性</th> <th>知的</th> <th>精神</th> <th>難病患者等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>実務者研修修了者 (旧：ホームヘルパー1級、介護職員基礎研修)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>介護保険法・介護職員初任者研修修了者 (旧：ホームヘルパー2級)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>居宅介護職員初任者研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修1級、2級)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>障害者居宅介護従事者基礎研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修3級)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>ガイドヘルパー(全身性障害者)養成研修修了者</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>ガイドヘルパー(知的障害者)養成研修修了者</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>日常生活支援従業者養成研修修了者</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>重度訪問介護従業者養成研修修了者</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>行動援護従業者養成研修修了者</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> </tbody> </table>	資格等	全身性	知的	精神	難病患者等	介護福祉士	○	○	○	○	実務者研修修了者 (旧：ホームヘルパー1級、介護職員基礎研修)	○	○	○	○	介護保険法・介護職員初任者研修修了者 (旧：ホームヘルパー2級)	○	○	○	○	居宅介護職員初任者研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修1級、2級)	○	○	○	○	障害者居宅介護従事者基礎研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修3級)	○	○	○	○	ガイドヘルパー(全身性障害者)養成研修修了者	○	×	×	○	ガイドヘルパー(知的障害者)養成研修修了者	×	○	○	×	日常生活支援従業者養成研修修了者	○	×	×	○	重度訪問介護従業者養成研修修了者	○	○	○	○	行動援護従業者養成研修修了者	×	○	○	×		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格等	全身性	知的	精神	難病患者等																																																									
介護福祉士	○	○	○	○																																																									
実務者研修修了者 (旧：ホームヘルパー1級、介護職員基礎研修)	○	○	○	○																																																									
介護保険法・介護職員初任者研修修了者 (旧：ホームヘルパー2級)	○	○	○	○																																																									
居宅介護職員初任者研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修1級、2級)	○	○	○	○																																																									
障害者居宅介護従事者基礎研修修了者 (旧：居宅介護従業者養成研修3級)	○	○	○	○																																																									
ガイドヘルパー(全身性障害者)養成研修修了者	○	×	×	○																																																									
ガイドヘルパー(知的障害者)養成研修修了者	×	○	○	×																																																									
日常生活支援従業者養成研修修了者	○	×	×	○																																																									
重度訪問介護従業者養成研修修了者	○	○	○	○																																																									
行動援護従業者養成研修修了者	×	○	○	×																																																									

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 ③	<p>従業者の資格要件 (同行援護)</p> <p>同行援護従業者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①同行援護従業者養成研修(一般課程)の修了者 兵庫県においては、視覚障害者移動介護従業者養成研修修了者及び視覚障害者移動支援従業者(ガイドヘルパー)養成研修修了者についても①と同等とみなすことができます。</p> <p>②居宅介護従業者の要件を満たす者(居宅介護資格要件①～③)で、1年以上の視覚障害に関する実務経験(直接処遇)がある者</p> <p>③国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準じる者</p> <p>【以下の資格は全て減算規定あり】</p> <p>④盲ろう者向け通訳・介助員(令和3年3月31日において、盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業に従事し、視覚障害及び聴覚障害を有する障害者等に対して支援を行った経験を有する者。令和6年3月31日までの暫定措置)</p> <p>⑤基礎研修課程修了者等であって、視覚障害を有する身体障害者又は障害児に1年以上サービス従事したことがある者</p>	<p>・職員の資格、実務経験が分かる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>従業者の資格要件 (行動援護)</p> <p>指定行動援護従業者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①行動援護従業者養成研修の修了者又は強度行動障害支援者養成研修(基礎研修及び実践研修)修了者であって、知的障害児又は精神障害者の直接業務に1年以上の従事経験を有する者</p> <p>②【令和6年3月31日までの暫定措置】 令和3年3月31日において、居宅介護従業者(居宅介護資格要件①～③)の要件を満たし、知的障害児又は精神障害者の直接業務に2年以上の従事経験を有する者</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
4 ① サービス提供 責任者 配置基準	<p>【居宅介護、同行援護、行動援護又は移動支援を単独で行う場合】 サービス提供責任者の配置について、次のいずれかに該当する員数を置いていますか。</p> <p>①月間の延べサービス提供時間(事業所における待機時間や移動時間を除く。)が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 ②従業者の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上</p> <p>※③の規定にかかわらず、常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置している当該事業所において、サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合にあつては、当該事業所に置くべきサービス提供責任者の員数は、利用者の数が50人又はその端数を増すごとに1人以上とすることができる。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【重度訪問介護のみを行う場合】 重度訪問介護事業所のサービス提供責任者の配置について、次のいずれかに該当する員数を置いていますか。</p> <p>①月間の延べサービス提供時間(事業所における待機時間や移動時間を除く。)が1,000時間又はその端数を増すごとに1人以上 ②従業者の数が20人又はその端数を増すごとに1人以上 ③当該事業所の利用者の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の勤務体制表 ・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・職員の専任、兼任の状況が分かる書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、移動支援の事業を併せて行う場合(介護保険法に基づく指定(介護予防)訪問介護の事業を併せて行っている場合を除く)】</p> <p>以下のいずれかの員数を置いていますか。 (重度訪問介護の利用者が10人以下の場合) 次の①～③のいずれかで算出した数以上(少ない基準で可)</p> <p>①各事業合計の月間の延べサービス提供時間(事業所における待機時間や移動時間を除く。)が450時間又はその端数を増やすごとに1人以上 ②各事業合計の従業者数の合計が10人又はその端数を増すごとに1人以上 ③各事業合計の利用者数が40人又はその端数を増すごとに1人以上</p> <p>※③の規定にかかわらず、常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置している当該事業所において、サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合にあつては、当該事業所に置くべきサービス提供責任者の員数は、利用者の数が50人又はその端数を増すごとに1人以上とすることができる。</p> <p>(重度訪問介護の利用者が10人以上の場合) 居宅介護、同行援護、行動援護、移動支援の合計延べサービス提供時間、従業者数又は利用者数を合計した数値(少ない基準で可)により算出した員数と重度訪問介護の延べサービス提供時間、従業者数又は利用者数(少ない基準で可)により算出した員数とを合計した員数</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・職員の資格、実務経験が分かる書類 ・雇用契約書 ・就業規則 ・賃金台帳等 ・サービス提供時間が分かる書類 ・利用者数が分かる書類 	<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
4 ② サービス提供 責任者	<p>【介護保険法による指定(介護予防)訪問介護及び居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護又は移動支援の事業を同一の事業所で行う場合】</p> <p>以下のいずれかに該当する員数を置いていますか。</p> <p>①(介護予防)訪問介護並びに居宅介護、同行援護、行動援護及び移動支援の利用者数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 ※重度訪問介護の利用者が10人以下の場合に限り、重度訪問介護利用者も合計数に含めて計算できる。10人を超える場合、上記員数と重度訪問介護に必要な員数を合計した員数が必要になる。</p> <p>②(介護予防)訪問介護並びに居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護及び移動支援のそれぞれの基準により必要とされる員数以上</p> <p>※月間の延べサービス提供時間数、従業者数又は利用者数は前3月の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。 ※通院等乗降介助のみを利用した者の当該月における利用者数は、0.1として計算する。</p> <p>なお、月間の延べサービス提供時間数が450時間（重度訪問介護は1000時間）、従業者数が10人（重度訪問介護は20人）又は利用者の数が40人（重度訪問介護は10人）を超える事業所については、常勤換算方法によることができる。ただし、サービス提供責任者として配置できる非常勤職員については、常勤職員の2分の1以上の勤務時間に達しているものでなければならない。</p>		□	□	□
	<p>【常勤換算方法による場合】</p> <p>① 月間の延べサービス提供時間数÷450（重度のみ1000）、従業者数÷10（重度のみ20）、利用者数÷40（重度のみ10） （小数第1位に切り上げ）</p> <p>②以下に掲げる員数以上は、常勤であること。 ○サービス提供責任者が5人以下 常勤換算方法としない場合の必要員数－1 ○サービス提供責任者が6人以上 常勤換算方法としない場合の必要員数×2÷3 （一の位に切り上げ）</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
5	サービス提供責任者の資格要件 (居宅介護) (重度訪問介護) (移動支援)	<p>サービス提供責任者は介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者(※)であって、専ら指定居宅介護の職務に従事する者をもって充てていますか。</p> <p>居宅介護、重度訪問介護、移動支援のサービス提供責任者について、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①介護福祉士 ②看護師、准看護師、保健師 ③実務者研修修了者 ④居宅介護職員初任者研修修了者(介護職員初任者研修修了者、旧2級課程修了者を含む)かつ実務経験3年以上 ※居宅介護で、当該担当者が作成する計画書について【減算規定あり】 ⑤旧介護職員基礎研修修了者 ⑥旧1級課程修了者</p> <p>※重度訪問介護については、やむを得ない事情があると認められる場合、相当の知識と経験を有する者から選任できる。</p> <p>【介護保険法に基づく(介護予防)訪問介護事業も行う場合】 介護保険法に基づく(介護予防)訪問介護と同一場所で事業を行う場合、介護保険法に基づく(介護予防)訪問介護のサービス提供責任者要件を満たすことで要件を満たすものとする(ただし、同行援護、行動援護を併せて行う場合、下記要件を満たす必要あり)。</p>	・職員の資格、実務経験が分かる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(同行援護)	<p>同行援護サービス提供責任者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①以下のア及びイの要件を満たしている者 ア 同行援護従業者養成研修(一般課程及び応用課程)の修了者 イ 居宅介護のサービス提供責任者の要件を満たす者</p> <p>②国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準じる者</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(行動援護)	<p>行動援護サービス提供責任者については、以下のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>①行動援護従業者養成研修課程修了者又は強度行動障害支援者養成研修(基礎研修及び実践研修)修了者であって、知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務に3年以上従事した経験がある者</p> <p>②【令和6年3月31日までの暫定措置】 令和3年3月31日において、居宅介護・重度訪問介護のサービス提供責任者の要件を満たす者であって、知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務に5年以上従事した経験がある者</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	管理者	<p>事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。</p> <p>※ただし、事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することは差し支えない。</p> <p>※指定居宅介護事業所、指定重度訪問介護事業所、指定同行援護事業所及び指定行動援護事業所の管理者の業務を兼務することは差し支えない。</p> <p>※介護保険法による指定(介護予防)訪問介護の事業を行う者が、指定居宅介護等の事業を同一の事業所で併せて行う場合は、指定(介護予防)訪問介護の事業に係る指定を受けていることをもって、指定居宅介護等の事業に係る基準を満たしているものとすることができる。</p>	・管理者の雇用形態が分かる文書	<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
Ⅲ 設備基準					
7	設備等	事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画が設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用申込の受付・相談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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定居宅介護等の提供に必要な設備・備品等を備えていますか。特に、手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・事業所の平面図 ・設備、備品台帳			
Ⅳ 運営基準					
8	内容及び手続の説明及び同意	利用者が利用の申込みを行ったときは、当該利用申込者に係る障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、当該利用申込者に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価の機関の名称、評価結果の開示状況)等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記した文書を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		社会福祉法第77条の規定に基づき書面の交付を行う場合は、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をしていますか。 交付する書面に記載すべき内容 ① 経営者の名称及び主たる事務所の所在地 ② 提供するサービスの内容 ③ 利用者が支払うべき額に関する事項 ④ サービスの提供開始年月日 ⑤ 苦情を受け付けるための窓口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・重要事項説明書 ・利用契約書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ ・第三者評価を実施している場合は、第三者評価を実施したことがわかる資料			
9	契約支給量の報告等	サービスを提供するときは、当該サービスの内容、契約支給量その他の必要な事項(受給者証記載事項)を利用者の受給者証に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		契約支給量の総量は、当該利用者の支給量を超えていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用に係る契約をしたときは、受給者証記載事項その他の必要な事項を市町村に対し遅滞なく報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		受給者証記載事項に変更があった場合、上記に準じて取り扱っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・利用者の受給者証の写し ・市町村への報告文書控			
10	提供拒否の禁止	正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。特に障害支援区分や所得の多寡を理由にサービス提供を拒否していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	連絡調整に対する協力	市町村、一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者が行う連絡調整に、できる限り協力していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・連絡調整に関する記録			
12	サービス提供困難時の対応	事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の居宅介護等事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・紹介等の記録			

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	受給資格の確認	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確認していますか。	・利用者の受給者証の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	介護給付費の支給の申請に係る援助	居宅介護等に係る支給決定を受けていない者から利用の申込みがあった場合は、その者の意向を踏まえて速やかに介護給付費の支給の申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅介護等に係る支給決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、支給決定の有効期間の終了に伴う介護給付費の支給申請について、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	心身の状況の把握	サービスの提供に当たっては、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ますか。	・利用者に関する記録 ・情報提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	指定障害福祉サービス事業者等との連携	サービスを提供するに当たっては、地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者等その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な援助を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	身分を証する書類の携行	従業者に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、提示すべき旨を指導していますか。	・身分を証する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	サービスの提供の記録	サービスを提供した際は、提供内容その他必要な事項を、提供の都度記録していますか。 ※提供日や提供したサービスの具体的内容等の利用者へ伝達すべき必要な事項を、後日一括して記録するのではなく、サービスの提供の都度記録しなければならない。	・サービス提供記録 ・サービス提供実績記録票 ・利用者から確認を受けた記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		記録に際しては、利用者からサービスを提供したことについて確認を受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	利用者に求めることのできる金銭の支払の範囲等	利用者に対して金銭の支払いを求めているのは、金銭の用途が直接当該利用者の便益を向上させるものであって、利用者に支払いを求めることが適当であるものに限っていますか。	・説明文書 ・同意に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記より金銭の支払を求める際は、当該金銭の用途及び額並びに利用者に金銭の支払を求める理由を書面によって明らかにするとともに、利用者に対し説明を行い、その同意を得ていますか。 ※ただし、利用者負担額、法定受領サービスを行わない場合の利用料、通常の事業の実施地域におけるサービス提供に係る交通費支払については、この限りでない。		<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	利用者負担額等の受領	サービスを提供したときは、利用者から指定居宅介護等に係る利用者負担額の支払を受けていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・利用料の請求書、領収書控 ・説明文書 ・同意に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領を行わないサービスを提供したときは、利用者から指定居宅介護等に係る指定障害福祉サービス等費用基準額の支払を受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域においてサービスを提供する場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の費用の額の支払を受けた場合は、その費用を支払った利用者に対して領収証を交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		交通費の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	利用者負担額に係る管理	利用者の依頼を受けて、同一の月に指定居宅介護等事業者が提供する指定居宅介護等及び他の指定障害福祉サービス等を受けたときは、利用者負担額合計額を算定していますか。 この場合において、利用者負担額合計額を市町村に報告するとともに、利用者及び他の指定障害福祉サービス等を提供した指定障害福祉サービス事業者等に通知していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担額合計額の算定書類 ・市町村に対する報告書控 ・利用者及び他の指定障害福祉サービス事業者等に対する通知書控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	介護給付費の額に係る通知等	法定代理受領により市町村から指定居宅介護等に係る介護給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、介護給付費の額を通知していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対する通知書控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領を行わない指定居宅介護等に係る費用の支払を受けた場合は、その提供した指定居宅介護等の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供証明書控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	指定居宅介護等の基本取扱方針	利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じ適切に提供されていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護等計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価基準等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	指定居宅介護等の具体的取扱方針	指定居宅介護等の提供に当たっては、居宅介護等計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護等計画 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定居宅介護等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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定居宅介護等の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・研修実施記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 	<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
25	居宅介護等計画の作成	サービス提供責任者は、利用者等の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護等計画を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに関する記録 ・居宅介護等計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供責任者は、居宅介護等計画を作成した際には、利用者及びその同居の家族にその内容を説明するとともに、居宅介護計画等を交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供責任者は、居宅介護等計画作成後においても、居宅介護等計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅介護等計画に変更のあった場合、計画作成に準じた取り扱いを行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	同居家族に対するサービス提供の禁止	従業者に、その同居の家族である利用者に対する居宅介護等の提供をさせていませんか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者名簿 ・サービス提供記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	緊急時等の対応	現に指定居宅介護等の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡その他の必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・緊急時対応マニュアル(緊急時の連絡体制を含む。) ・連絡に関する記録 	<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
28	利用者に対する市町村への通知	利用者が偽りその他不正な行為によって介護給付費の支給を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。	・情報提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	管理者及びサービス提供責任者の責務	管理者は、指定居宅介護等事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行っていますか。	・組織図 ・業務分担表 ・業務報告書 ・業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、指定居宅介護等事業所の従業者に、指定基準条例の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供責任者は居宅介護等計画作成等の業務のほか、指定居宅介護等事業所に対する利用の申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	運営規程	<p><u>指定居宅介護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。</u></p> <p>①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 ④指定居宅介護の内容並びに利用者から受領する費用の種類及びその額 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥緊急時等における対応方法 ⑦事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合の当該障害の種類 ⑧虐待の防止のための措置に関する事項 ⑨その他運営に関する重要事項</p> <p>※②については、「〇人以上」と記載することも差し支えない。 ※⑧については、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成23年法律第79号）において、障害者虐待を未然に防止するための対策及び虐待が発生した場合の対応について規定しているところであるが、より実効性を担保する観点から、指定居宅介護事業者は、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応が図られるための必要な措置について、あらかじめ運営規程に定めることとしたものである。具体的には、 ア 虐待の防止に関する責任者の選定 イ 成年後見制度の利用支援 ウ 苦情解決体制の整備 エ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など） オ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会（以下「虐待防止委員会」という）」の設置等に関すること等を指す。</p>	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	介護等の総合的な提供	<p>居宅介護の提供に当たっては、入浴、排せつ、食事等の介護又は調理、洗濯、掃除等の家事を常に総合的に提供するものとし、特定の援助に偏っていませんか。</p> <p>※重度訪問介護については「外出時における移動中の介護」が加わる。 ※同行援護、行動援護、移動支援には適用されない。</p>	<p>・運営規程 ・居宅介護等計画 ・サービス提供記録</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
勤務体制の確保等	利用者に対し適切な指定居宅介護等を提供できるよう、指定居宅介護等事業所ごとに、従業員の勤務体制(日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別等)を定めていますか。	・ 職員の勤務体制表(原則として月ごと)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定居宅介護等事業所ごとに、当該指定居宅等事業所の従業員によって指定居宅介護等を提供していますか。	・ 雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。	・ 研修受講修了証明書 ・ 研修計画 ・ 研修実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 勤務体制の確保等②(ハラスメント)	<u>適切な居宅介護等の提供を確保する観点から、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担当職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講じていますか。</u>				
	<u>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。</u> <u>(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)</u> <u>(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)</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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。</u>	・ <u>ハラスメント防止に関する方針</u> ・ <u>従業員に周知・啓発していることがわかる資料</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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。</u>	・ <u>担当者を設置したことが分かる文書</u> ・ <u>従業員に周知していることがわかる資料</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>※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)</u> <u>(1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル</u> <u>(2)(管理職・職員向け)研修のための手引き</u>				
<u>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。</u> <u>(1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</u> <u>(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)</u> <u>(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)</u>	・ <u>各取組がわかる資料</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	
33	<p>業務継続計画の策定等</p> <p>【令和6年3月31日まで経過措置あり】</p> <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等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>事業者は職員に対し、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"/>	
34	衛生管理等	<p>従業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>	・衛生管理マニュアル ・衛生管理に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>指定居宅介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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、職員に周知徹底を図っていますか。</p>	・委員会の実施記録 ・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"/>
		<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。 ※「障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル」（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、職員に対し、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	
35	掲示	<p>指定居宅介護等事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の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。</p> <p><u>※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。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	身体拘束等の禁止	<p><u>サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するための緊急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(身体拘束等)を行っていませんか。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p><u>やむを得ず身体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やむを得ない理由その他必要な事項を記録していますか。</u></p>	身体拘束等を行った場合の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p><u>身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていますか。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p><u>①身体拘束等の適正化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)を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。</u></p>	<p>・委員会の実施記録 ・従業員に周知していることがわかる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p>※身体拘束適正化検討委員会において想定される具体的な対応 <u>ア 身体拘束等について報告するための様式を整備すること。</u> <u>イ 従業員は、身体拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、アの様式に従い、身体拘束等について報告すること。</u> <u>ウ 身体拘束適正化検討委員会において、イにより報告された事例を集計し、分析すること。</u> <u>エ 事例の分析に当たっては、身体拘束等の発生時の状況等を分析し、身体拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。</u> <u>オ 報告された事例及び分析結果を従業員に周知徹底すること。</u> <u>カ 適正化策を講じた後に、その効果について検証すること。</u></p>					
		<p><u>②身体拘束等の適正化のための指針を整備していますか。</u></p>	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p>※身体拘束等の適正化のための指針に盛り込む項目 <u>ア 事業所における身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方</u> <u>イ 身体拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</u> <u>ウ 身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針</u> <u>エ 事業所内で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針</u> <u>オ 身体拘束等発生時の対応に関する基本方針</u> <u>カ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</u> <u>キ その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</u></p>					
<p><u>③従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的(年1回以上)に実施し、研修内容を記録すること。</u> <u>※新規採用時には必ず身体拘束等の適正化の研修を実施すること。</u></p>	・研修の記録	<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
37	秘密保持等	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。	・秘密保持に関する就業時の取り決め ・就業規則	<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。		<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ますか。	・利用者の個人情報同意等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	情報の提供等	サービスを利用しようとする者が適切かつ円滑に利用することができるように、実施する事業の内容に関する情報の提供を行うよう努めていますか。	・事業者が発行するパンフレット、チラシ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	利益供与等の禁止	一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者若しくは他の障害福祉サービスの事業を行う者等又はそれらの従業者に対し、利用者又はその家族に対して指定居宅介護等事業者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者若しくは他の障害福祉サービスの事業を行う者等又はそれらの従業者から、利用者又はその家族を紹介することの対償として、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"/>
40	苦情解決	利用者又は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。また苦情受付窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。	・苦情対応マニュアル ・苦情に関する記録 ・市町村への報告記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情件数 : 年 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	事故発生時の対応	事故が発生した場合は、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。	・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・再発防止策の検討の記録 ・ヒヤリハットの記録 ・市町村・家族等への報告の記録 ・損害賠償関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※事業所に自動体外式除細動器(AED)を設置することや救命講習等を受講することが望ましい。なお事業所の近隣にAEDが設置されており、緊急時に使用できるよう、地域においてその体制や連携を構築することでも差し支えない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事故があった場合、事故の状況や措置について記録していますか。 →過去一年間の事故の有無: 有 ・ 無 →市への報告: 有 ・ 無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※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定めておくことが望ましい。		<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。		<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。		<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
42 虐待の防止	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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(少なくとも1年に1回以上)開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。 ※委員会の役割 ・虐待防止のための計画づくり(虐待防止の研修、労働環境・条件を確認・改善するための実施計画づくり、指針の作成) ・虐待防止のチェックとモニタリング(虐待が起こりやすい職場環境の確認等) ・虐待発生後の検証と再発防止策の検討(虐待やその疑いが生じた場合、事案検証の上、再発防止策を検討、実行)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※具体的対応 (1)虐待(不適切な対応事例も含む)が発生した場合、当該事案について報告するための様式を整備すること。 (2)従業員は、虐待の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、(1)の様式に従い、虐待について報告すること。 (3)虐待防止委員会において、(2)により報告された事例を集計し、分析すること。 (4)事例の分析に当たっては、虐待の発生時の状況等を分析し、虐待の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の再発防止策を検討すること。 (5)労働環境・条件について確認するための様式を整備するとともに、当該様式に従い作成された内容を集計、報告し、分析すること。 (6)報告された事例及び分析結果を従業員に周知徹底すること。 (7)再発防止策を講じた後に、その効果について検証すること。	・委員会の実施記録 ・従業員に周知していることがわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所は次のような項目を定めた「虐待防止のための指針」を作成していますか(努力義務)。 (1)事業所における虐待防止に関する基本的な考え方 (2)虐待防止委員会その他施設内の組織に関する事項 (3)虐待防止のための職員研修に関する基本方針 (4)施設内で発生した虐待の報告方法等の方策に関する基本方針 (5)虐待防止時の対応に関する基本方針 (6)利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 (7)その他虐待防止の適正化の推進のために必要な基本方針	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)実施すること。	・研修の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ ①、②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。	・担当者を設置したことが分かる文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 記録の整備	従業員、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"/>
	利用者に対する指定居宅介護等の提供に関する諸記録を整備し、当該指定居宅介護を提供した日から5年間保存していますか。 ※少なくとも次に掲げる記録をその提供した日から5年以上備えておく必要があります。 ① 指定居宅介護等に関する記録 ア 指定居宅介護等の提供に係る記録 イ 居宅介護等計画 ウ 身体拘束等の記録 エ 苦情の内容等に係る記録 オ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 ② 利用者の不正行為による介護給付費受給に関する市町村への通知に係る記録		<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
44	共生型居宅介護の事業を行う指定訪問介護事業者の基準	<p>【共生型居宅介護の事業を行う場合】 居宅介護に係る共生型障害福祉サービス(以下「共生型居宅介護」という。)の事業を行う指定訪問介護事業者が当該事業に関して、次の基準を満たしていますか。</p> <p>①指定訪問介護事業所の従業員の員数が、当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護の利用者の数を指定訪問介護の利用者の数及び共生型居宅介護の利用者の数の合計数であるとした場合における当該指定訪問介護事業所として必要とされる数以上であること。</p> <p>②共生型居宅介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、指定居宅介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	共生型居宅介護の事業を行う指定訪問介護事業者の基準	上記、基本方針(2)、従業者の員数(3)、管理者(5)、運営基準(7～40)について、基準を満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	共生型重度訪問介護の事業を行う指定訪問介護事業者の基準	<p>重度訪問介護に係る共生型障害福祉サービス(以下「共生型重度訪問介護」という。)の事業を行う指定訪問介護事業者が当該事業に関して、次の基準を満たしていますか。</p> <p>①指定訪問介護事業所の従業員の員数が、当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護の利用者の数を指定訪問介護の利用者の数及び共生型重度訪問介護の利用者の数の合計数であるとした場合における当該指定訪問介護事業所として必要とされる数以上であること。</p> <p>②共生型重度訪問介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、指定重度訪問介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	共生型重度訪問介護の事業を行う指定訪問介護事業者の基準	上記、基本方針(2)、従業者の員数(3)、管理者(5)、運営基準(7～40)について、基準を満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	電磁的記録	<p><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></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p><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得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等						
49	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日以内にその旨を市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-1 介護給付費関係（居宅介護）						
50	基本的事項	<p>指定居宅介護に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第523号の別表「介護給付費等単位数表」により算定していますか。</p> <p>ただし、その額が現に当該居宅介護に要した費用の額を超えるときは、現に当該居宅介護事業に要した費用の額となっていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>指定居宅介護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第539号の「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>		<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"/>
51	身体介護中心型、通院等介助（身体介護を伴わない場合）、通院等乗降介助の算定要件	<p>居宅における身体介護が中心である場合、通院等介助（身体介護を伴わない場合）が中心である場合及び通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合については、区分1以上（障害児にあっては、これに相当する心身の状態とする。）に該当する利用者に対して、居宅介護従業者が指定居宅介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p>	<p>・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・認定調査票</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	通院等介助（身体介護を伴う場合）の算定要件	<p>通院等介助（身体介護を伴う場合）が中心である場合については、次の①及び②のいずれにも該当する心身の状態（障害児にあっては、これに相当する心身の状態）にある利用者に対して、通院等介助（身体介護を伴う場合）が中心である介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p> <p>①区分2以上に該当していること。 ②区分省令別表第一における次の(1)から(5)までに掲げる項目のいずれかについて、それぞれ(1)から(5)までに掲げる状態のいずれか1つに認定されていること。 (1)歩行 「全面的な支援が必要」 (2)移乗 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」 (3)移動 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」 (4)排尿 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」 (5)排便 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	通院等介助について	<p>通院等介助については、通院等又は官公署並びに指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所への移動（公的手続又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る。）を目的としていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	家事援助中心型の算定要件	<p>家事援助が中心である場合については、区分1以上（障害児にあっては、これに相当する心身の状態とする。）に該当する利用者のうち、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族（家族等）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、家事援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる利用者に対して行われるものをいう。）が中心である指定居宅介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55	所要時間の取扱い	<p>現に要した時間ではなく、居宅介護計画に位置付けられた内容の指定居宅介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定していますか。</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
56 従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い 【居宅における身体介護・身体介護を伴う通院等介助】	「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の一に定める者(介護福祉士、実務者研修修了者、旧1・2級ヘルパー等)が、居宅における身体介護(もしくは身体介護を伴う通院等介助)が中心である指定居宅介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【減算】 「厚生労働大臣が定める者」の二もしくは三に定める者(基礎研修課程修了者等)が居宅における身体介護が中心である指定居宅介護を行った場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「厚生労働大臣が定める者」の四に定める者(重度訪問介護研修従事者養成修了者であって、身体障害者の直接支援業務の従事経験を有する者)が居宅における身体介護が中心である指定居宅介護を行った場合、次のア又はイに掲げる所要時間に応じ、それぞれア又はイに掲げる単位数を算定していますか。 ア 所要時間3時間未満の場合 「介護給付費等単位数表」第2の1に規定する所定単位数 イ 所要時間3時間以上の場合 635単位に所要時間3時間から計算して所要時間30分を増すごとに86単位を加算した単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い(家事援助)	家事援助が中心である場合については、「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の四の二に定める者(介護福祉士、旧1・2級ヘルパー等)が、家事援助が中心である指定居宅介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・従業者の資格を確認する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【減算】 「厚生労働大臣が定める者」の五に定める者(基礎研修課程修了者等や重度訪問介護従業者研修修了者)が家事援助が中心である指定居宅介護を行った場合にあっては、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い(身体介護を伴わない通院等介助)	通院等介助(身体介護を伴わない場合)が中心である場合については、「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の四の二に定める者及び生活援助従事者研修修了者が、通院等介助(身体介護を伴わない場合)が中心である指定居宅介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【減算】 「厚生労働大臣が定める者」の六に定める者(基礎研修課程修了者等、重度訪問介護研修修了者及び旧外出介護研修修了者)が通院等介助(身体介護を伴わない場合)が中心である指定居宅介護を行った場合にあっては、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い(通院等乗降介助)	通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合については、「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の一に定める者が、通院等のため、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続、移動等の介助を行った場合に、1回につき所定単位数を算定しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【減算】 「厚生労働大臣が定める者」の六に定める者(基礎研修課程修了者等、重度訪問介護研修修了者及び旧外出介護研修修了者)が、通院等のための乗車又は降車の介助が中心である指定居宅介護を行った場合にあっては、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しているか。		<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
60	【減算】居宅介護職員初任者研修課程修了者であるサービス提供責任者が居宅介護計画を作成した場合	<p>【減算】 居宅介護職員初任者研修課程修了者(かつ3年以上の実務経験がある者)をサービス提供責任者として配置している場合、当該サービス提供責任者が作成した居宅介護計画に基づいて指定居宅介護等を行う場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。</p> <p>※当該者を配置する指定居宅介護事業所等は、早期にこれらの者に介護福祉士の資格取得等をさせるよう努めること。 ※次期障害福祉サービス等報酬改定では、本取り扱いを廃止を検討する予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・従業者の資格を確認する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	【減算】同一敷地内建物等に居住する利用者に対する取扱い	<p>【減算】 次のいずれかの利用者に対し、指定居宅介護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。</p> <p>①指定居宅介護事業所と同一敷地内建物等(同一の敷地内又は若しくは隣接する敷地内の建物)若しくは指定居宅介護事業所と同一建物に居住する利用者(③の者は除く)</p> <p>②同一の建物に、1月あたり20人以上居住する建物の利用者(①の者は除く)</p> <p>※利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>【減算】 次の利用者に対し、指定居宅介護を行った場合は、所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定していますか。</p> <p>③同一敷地内建物等に、1月あたり50人以上利用者が居住する建物の利用者</p> <p>※利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	2人の従業者による居宅介護費の算定	<p>2人の従業者により居宅介護を行うことについて利用者の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合は、同時に2人の居宅介護従業者が1人の利用者に対して指定居宅介護を行った場合、それぞれの居宅介護従業者が行う指定居宅介護につき所定単位数を算定していますか。</p> <p>①障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合</p> <p>②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合</p> <p>③その他障害者等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・同意書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	早朝・夜間・深夜加算	<p>夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定居宅介護を行った場合にあっては、1回につき所定単位数の100分の25に相当する単位数を所定単位数に加算し、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定居宅介護を行った場合にあっては、1回につき所定単位数の100分の50に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 	<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
64 ① 特定事業所 加算 ①	「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)の三に適合しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定居宅介護事業所又は共生型居宅介護事業所が、利用者に対し、指定居宅介護又は共生型居宅介護事業を行った場合は、1回につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。				
	(1) 特定事業所加算(Ⅰ) 次の①～③のいずれにも適合している場合 所定単位数の100分の20に相当する単位数	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 特定事業所加算(Ⅱ) 次の①及び②ア～ウのいずれかに適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数	・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 特定事業所加算(Ⅲ) 次の①及び③に適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 特定事業所加算(Ⅳ) 次の①(イ～カ)、④、⑤、及び⑥に適合している場合 所定単位数の100分の5に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 体制要件 次の(ア)～(カ)のいずれも満たすこと。				
	(ア) すべての居宅介護従業者(登録従業者を含む。)及びサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、その計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) 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居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を、おおむね1月に1回開催すること。(テレビ電話装置等の活用可)	・研修記録 ・会議記録 ・サービス指示書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) サービス提供責任者が、当該利用者を担当する居宅介護従業者に対し、当該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を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する居宅介護従業者から適宜報告を受けること。	・サービス終了後の報告記録 ・健康診断実施記録 ・緊急時の対応文書 ・同行研修の記録			
	(エ) すべての居宅介護従業者に対し、健康診断等を少なくとも1年に1回以上実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(オ) 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(カ) 新規に採用したすべての居宅介護事業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施していること。		<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
64 ② 特定事業所 加算 ②	②人材要件 次の(ア)～(ウ)のいずれも満たすこと。				
	(ア) 次のいずれかに該当すること。 ・居宅介護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・居宅介護従業者の総数のうち介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者及び旧1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定居宅介護のサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上 ※母数が「居宅介護従業者の総数」となっているため、居宅介護において特定事業所加算の要件を満たしている場合でも、重度訪問介護・同行援護・行動援護では要件を満たさない場合があるため注意が必要。	・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) すべてのサービス提供責任者が次のいずれかに該当すること。 ・3年以上の実務経験を有する介護福祉士 ・5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者又は旧1級修了者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③重度障害者対応要件 前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定居宅介護の利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)を必要とする者(当該指定居宅介護事業所が社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条第1項の登録を受けている場合に限る。)の占める割合が100分の30以上であること。	・割合の分かるもの ・居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④指定居宅介護事業所の全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実地又は実施を予定していること。	・計画や実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤指定障害福祉サービス基準第五条第二項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が二人以下の指定居宅介護事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同項に規定する基準を上回る数のサービス提供責任者を1人以上配置していること。	・配置の分かるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥前年度又は算定日が属する月の前三ヶ月間における利用者(障害児を除く。)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上であること。	・割合の分かるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 緊急時対応 加算	居宅における身体介護が中心である場合及び通院等介助(身体介護を伴う場合)が中心である場合について、利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更等を行い、当該利用者の居宅介護計画において計画的に訪問することになっていない指定居宅介護を緊急に行った場合は、利用者1人に対し、1月につき2回を限度として、1回につき100単位を加算していますか。	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	緊急時対応加算を算定している事業所が、地域生活支援拠点等としての機能を担うものとして、市長に届け出た場合、1回につきさらに50単位を加算していますか。		<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
66	身体拘束廃止未実施減算	<p>身体拘束等の禁止に規定する基準(※)を満たしていない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算していますか。ただし、令和5年3月31日までの間は、減算しません。</p> <p>(※) ①やむを得ず身体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やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。 ②身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 A 身体拘束等の適正化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)を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 B 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 C 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p>	身体拘束等を行った場合の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	他の障害福祉サービス等利用時の取扱い	<p>利用者が、居宅介護以外の障害福祉サービス、障害児通所支援もしくは障害児入所支援を受けている間に、居宅介護サービス費を算定していませんか。 ※ただし、共同生活援助サービス費を受けている間(指定基準附則第18条の2第1項又は第2項の規定の適用を受けている利用者に限る。)を除く。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	初回加算	<p>新規に居宅介護計画を作成した利用者に対するサービス提供に関して、次に掲げる場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。 ①サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定居宅介護を行った日の属する月に指定居宅介護を行った場合 ②その他の居宅介護従業者が初回若しくは初回の指定居宅介護を行った日の属する月に指定居宅介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費請求書 介護給付費明細書 サービス提供実績記録票 サービス提供記録 居宅介護計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	利用者負担上限額管理加算	<p>指定居宅介護事業者が利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者負担額合計額の算定書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	喀痰吸引等支援体制加算	<p>喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)が必要な者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算していますか。 ※ただし、特定事業所加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定できない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費請求書 介護給付費明細書 サービス提供実績記録票 サービス提供記録 重度訪問介護計画 登録喀痰吸引等事業者申請関係書類 認定特定行為業務従事者認定証関係書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	福祉専門職員等連携加算	<p>利用者に対して、指定居宅介護事業所等のサービス提供責任者が、サービス事業所、指定障害者支援施設等、医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、公認心理師その他の国家資格を有する者(以下、「社会福祉士等」という。)に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該社会福祉士等と共同して行い、かつ、居宅介護計画を作成した場合であって、当該社会福祉士等と連携し、当該居宅介護計画に基づく指定居宅介護等を行ったときは、初回の指定居宅介護等が行われた日から起算して90日の間、3回を限度として、1回につき564単位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
72 ① 福祉・介護職員処遇改善加算	「厚生労働大臣が定める基準」（平成18年厚生労働省告示第543号）に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事（指定都市・中核市の市長も含む。）に届け出た指定居宅介護事業所が、利用者に対し、指定居宅介護を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。（令和6年3月31日まで）				
	(1) 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 次の①～③に適合している場合 ・・・所定単位数の1000分の274に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 次の①、②ア及びイ、③の全てに適合している場合 ・・・所定単位数の1000分の200に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 次の①、③、④全てに適合している場合 ・・・所定単位数の1000分の111に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①次のア～カのいずれも満たすこと。	・介護給付費明細書 ・福祉・介護職員処遇改善計画書 ・福祉・介護職員処遇改善実績報告書 ・賃金を改善したことが分かる書類 ・職員に周知した記録 ・労働保険料の納付関係書類 ・研修計画 ・研修会資料			
	ア 福祉・介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が、福祉・介護職員処遇改善加算の算定見込額（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ アの賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の福祉・介護職員の処遇改善の計画等を記載した福祉・介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての福祉・介護職員に周知し、市長に届け出ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ウ 福祉・介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために福祉・介護職員の賃金水準（本加算により賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エ 事業年度ごとに福祉・介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	オ 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ 労働保険料の納付が適正に行われていること。		<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
72 ② 福祉・介護職員 処遇改善 加算	② 次の全ての要件を満たすこと。				
	ア 次に掲げる要件のいずれにも適合すること。 a 福祉・介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(福祉・介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての福祉・介護職員に周知していること。	・研修計画 ・研修会資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 次に掲げる要件のいずれにも適合すること。 a 福祉・介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての福祉・介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ウ 次に掲げる要件のいずれにも適合すること。 a 福祉・介護職員の任用の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給する仕組みを設けていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての福祉・介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 計画の期間中に実施する福祉・介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該福祉・介護職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての福祉・介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 次のア又はイのいずれかを満たすこと。	・介護給付費明細書 ・福祉・介護職員処遇改善計画書 ・福祉・介護職員処遇改善実績報告書			
	ア 次に掲げる要件のいずれにも適合すること。 a 福祉・介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(福祉・介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての福祉・介護職員に周知していること。	・賃金を改善したことが分かる書類 ・職員に周知した記録 ・労働保険料の納付関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 次に掲げる要件のいずれにも適合すること。 a 福祉・介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての福祉・介護職員に周知していること。		<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
73	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員を中心とした従業員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た事業所等が、利用者に対しサービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、次に掲げる他方の加算は算定できません。			
		イ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 次の①～④をいずれも満たす場合 … 所定単位数の1000分の70に相当する単位数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ロ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 次の②～④をいずれも満たす場合 … 所定単位数の1000分の55に相当する単位数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		①特定事業所加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		③計画の期間中に実施した処遇改善の内容及び処遇改善に要する費用の見込み額をすべての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		④特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。具体的には、障害福祉サービス等情報公表制度を買い帳し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。 (当該制度における報告の対象となっていない場合等には、各事業者のホームページを活用する等、外部から見える形で公表すること。)	<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-2 介護給付費関係（重度訪問介護）							
74	基本的事項	<p>指定重度訪問介護に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第523号の別表「介護給付費等単位数表」により算定していますか。</p> <p>ただし、その額が現に当該重度訪問介護に要した費用の額を超えるときは、現に当該重度訪問介護事業に要した費用の額となっていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>指定重度訪問介護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第539号の「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>				<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"/>
75	重度訪問介護費の算定要件	<p>区分4(区分省令第1条第5号に掲げる区分4をいう)以上に該当し、次の①又は②のいずれかに該当する利用者に対して、重度訪問介護従業者が、指定重度訪問介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p> <p>①次の(1)及び(2)のいずれにも該当していること。</p> <p>(1)二肢以上に麻痺等があること</p> <p>(2)区分省令別表第一における次の(a)から(d)までに掲げる状態のいずれか1つに認定されていること</p> <p>(a)歩行 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>(b)移乗 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>(c)排尿 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>(d)排便 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>②別に厚生労働大臣が定める基準(第543号告示)の別表第二に掲げる行動関連項目の合計点数が10点以上である者</p>	<p>・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>平成18年9月30日において現に日常生活支援(廃止前の障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第169号)別表介護給付費等単位数表(旧介護給付費等単位数表)の1の注5に規定する日常生活支援)の支給決定を受けている利用者のうち、次の①又は②のいずれにも該当する者に対して、指定重度訪問介護を行った場合に、障害程度区分の認定が効力を有する期間内に限り、所定単位数を算定しているか。</p> <p>①区分3以上に該当していること。</p> <p>②日常生活支援及び旧介護給付費等単位数表の5の注1に規定する指定外出介護等の支給量の合計が125時間を超えていること</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	所要時間の取扱い	<p>現に要した時間ではなく、重度訪問介護計画に位置付けられた内容の指定重度訪問介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定していますか。</p>		<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
77	従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い	「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の七に定める者(介護福祉士、実務者研修修了者、旧1・2級ヘルパー)が、指定重度訪問介護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	障害者支援区分6に該当し、病院等へ入院等時に提供する場合	区分6に該当する利用者に対し、病院等への入院又は入所中に指定重度訪問介護を提供する場合、当該利用者は病院等へ入院又は入所する前から重度訪問介護を受けていましたか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		入院又は入所をした病院等において利用を開始した日から起算して、90日以内に限り算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【減算】 90日を超えた期間に行われた場合であって、入院又は入所をしている間引き続き支援することが必要であると市町村が認めた利用者に対しては、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の80に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	重度障害者等包括支援の対象となる心身の状態にある者に対して行った場合	「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の八に定める者(介護福祉士、実務者研修修了者、旧1・2級ヘルパー。ただし、重度訪問介護従事者養成研修基礎過程のみを修了した者を除く。)が、「介護給付費等単位数表」の第2の1の注(1)の(1)に該当する者であって、第8の注1に規定する利用者(重度障害者等包括支援の対象となる心身の状態にある者)の心身の状態に相当する心身の状態にある者につき、指定重度訪問介護を行った場合に、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。 ※ 重度訪問介護従事者養成研修基礎過程のみを修了した者が行う場合は、重度訪問介護従事者養成研修追加課程又は重度訪問介護従業者養成研修統合課程を修了している場合についてのみ所定単位数が算定できる。	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 ・従業者の資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	障害支援区分6に該当する者に行った場合	「厚生労働大臣が定める者」(平成18年厚生労働省告示第548号)の八(介護福祉士、実務者研修修了者、旧1・2級ヘルパー。ただし、重度訪問介護従事者養成研修基礎過程のみを修了した者を除く。)に定める者が、区分6に該当する者につき、指定重度訪問介護を行った場合に、所定単位数の100分の8.5に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。 ※ 重度訪問介護従事者養成研修基礎過程のみを修了した者が行う場合は、重度訪問介護従事者養成研修追加課程又は重度訪問介護従業者養成研修統合課程を修了している場合についてのみ所定単位数が算定できる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	2人の従業者によるサービス提供を行った場合	2人の従業者により重度訪問介護を行うことについて、利用者の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合は、同時に2人の重度訪問介護従業者が1人の利用者に対して指定重度訪問介護を行った場合、それぞれの重度訪問介護従業者が行う指定重度訪問介護につき所定単位数を算定していますか。 ① 障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合 ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 ③ その他障害者等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合		<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
82 熟練した従事者が同行して支援する場合	<p>当該利用者の支援に熟練した従事者が同行して支援をするものとして、次のアからエの全てに適合している場合、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の170(※)に相当する単位数を算定していますか。</p> <p>(※)100分の170とは (上記2人の従事者によるサービス提供＝100分の200)×(100分の85)</p> <p>* 新任従業者ごとに120時間。 * 原則として、1人の区分6の利用者につき、年間で3人の従業者について算定。 * 西宮市の場合、事前申請及び支給決定が必要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 ・同意書 ・加算が可能である旨が記載されている障害福祉サービス受給者証 ・雇用契約書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ア 利用者の同意を得ていること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 指定重度訪問介護事業所等が新規に採用した従業者が、区分6の利用者の支援に1年以上従事することが見込まれていること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ウ 当該利用者への支援に熟練した指定重度訪問介護事業所等の従業者の同行が必要であると認められること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エ 当該重度訪問介護事業所に新規採用から6ヶ月を経過していない従業者(新任従業者)による支援を行っていること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	* サービス開始時に新任従業者であっても、6ヶ月を経過した場合は当該従業者による支援について算定できない。				
83 早朝・夜間・深夜加算	<p>夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定居宅介護を行った場合にあつては、1回につき所定単位数の100分の25に相当する単位数を所定単位数に加算し、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定居宅介護を行った場合にあつては、1回につき所定単位数の100分の50に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 	<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
84 ① 特定事業所加算 ※①のイ・ウ・キは、居宅介護の特定事業所加算の要件とは少し異なるので注意。	「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)の三に適合しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定重度訪問介護事業所が、利用者に対し、指定重度訪問介護を行った場合は、1回につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。				
	(1) 特定事業所加算(Ⅰ) 次の①～③のいずれにも適合している場合 所定単位数の100分の20に相当する単位数	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 特定事業所加算(Ⅱ) 次の①及び②ア～ウのいずれかに適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 特定事業所加算(Ⅲ) 次の①及び③に適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 体制要件 次の(ア)～(キ)のいずれも満たすこと。				
	(ア) すべての重度訪問介護従業者(登録従業者を含む。)及びサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、その計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) 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重度訪問介護従業者の技術指導を目的とした会議を、おおむね1月に1回開催すること。(テレビ電話装置等の活用可) ただし、利用者に対して土日、祝日、お盆、年末年始を含めた年間を通して時間帯を問わずに、サービス提供している事業所においては、「サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して個別に利用者に関する情報やサービス提供にあたっての留意事項の伝達や技術指導を目的とした研修を必要に応じて行うこと」でも可。	・研修記録 ・会議記録 ・サービス指示書 ・サービス終了後の報告記録 ・健康診断実施記録 ・緊急時の対応文書 ・同行研修の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) サービス提供責任者が、当該利用者を担当する重度訪問介護従業者に対し、毎月定期的に当該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を文書等の確実な方法により伝達するとともに、当該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に変更があった場合も同様に伝達していること。 ※「毎月定期的」とは、当該サービス提供月の前月末に伝達することをさす。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(エ) すべての重度訪問介護従業者に対し、健康診断等を定期的実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(オ) 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(カ) 新規に採用したすべての重度訪問介護事業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(キ) サービスの提供にあたり、常時、重度訪問介護従業者の派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供を行っていること。		<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	
84 ②	<p>特定事業所加算</p> <p>※②のイと③は、居宅介護の特定事業所加算の要件とは少し異なるので注意。</p>	<p>②人材要件 次の(ア)～(ウ)のいずれも満たすこと。</p> <p>(ア) 次のいずれかに該当すること。 ・重度訪問介護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・重度訪問介護従業者の総数のうち介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者及び旧1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定重度訪問介護のサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上</p> <p>※母数が「重度訪問介護従業者の総数」となっているため、居宅介護において特定事業所加算の要件を満たしている場合でも、重度訪問介護では要件を満たさない場合があるため注意が必要。</p> <p>(イ) すべてのサービス提供責任者が次のいずれかに該当すること。 ・3年以上の実務経験を有する介護福祉士 ・5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧1級修了者 ・重度訪問介護従事者として6000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有する者</p> <p>(ウ) 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置していること。</p>	<p>・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>③重度障害者対応要件 前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定重度訪問介護の利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)を必要とする者(当該指定重度訪問介護事業所が社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条第1項の登録を受けている場合に限る。)の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>※母数が「重度訪問介護の利用者」となっているので、居宅介護にて特定事業所加算の同要件を満たしている場合でも、重度訪問介護では満たさない場合があるので注意が必要。</p>	<p>・割合の分かるもの ・居宅介護計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が重度訪問介護計画の変更等を行い、当該利用者の重度訪問介護計画において計画的に訪問することになっていない指定重度訪問介護を緊急に行った場合は、利用者1人に対し、1月につき2回を限度として、1回につき100単位を加算していますか。</p>	<p>・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p><u>緊急時対応加算を算定している事業所が、地域生活支援拠点等としての機能を担うものとして、市長に届け出た場合、1回につきさらに50単位を加算していますか。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p><u>身体拘束等の禁止に規定する基準(※)を満たしていない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算していますか。ただし、令和5年3月31日までの間は、減算しません。</u></p> <p>(※) ①やむを得ず身体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やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。 ②身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 A 身体拘束等の適正化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)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 B 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 C 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p>	<p>身体拘束等を行った場合の記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	緊急時対応加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
86	身体拘束禁止未実施減算		<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
87	他の障害福祉サービス等利用時の取扱い	利用者が重度訪問介護以外の障害福祉サービスを受けている間重度訪問介護サービス費を算定していませんか。 ※ただし、共同生活援助サービス費を受けている間(指定基準附則第18条の2第1項又は第2項の規定の適用を受けている利用者に限る。)は除く。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	移動介護加算	利用者に対して、外出時における移動中の介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、重度訪問介護計画に位置付けられた内容の外出時における移動中の介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		イ 所要時間1時間未満の場合 100単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ロ 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 125単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ハ 所要時間1時間30分以上2時間未満の場合 150単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ニ 所要時間2時間以上2時間30分未満の場合 175単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ホ 所要時間2時間30分以上3時間未満の場合 200単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ヘ 所要時間3時間以上 250単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		同一事業者が、1日に複数回の移動介護を行う場合にh、1日分の所要時間を通算して算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(1) ①～③のいずれかの要件を満たすものであって、同時に2人の重度訪問介護従業者が1人の利用者に対して、利用者の同意を得て、外出時における移動中の介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、重度訪問介護計画に位置付けられた内容の外出時における移動中の介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 ・同意書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		① 障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合 ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 ③ その他障害者等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合				
(2) 当該利用者の支援に熟練した従業者が同行して支援をするものとして、次のアからエの全てに適合している場合、所定単位数に代えて、所定単位数の100分の170(※)に相当する単位数を算定していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 ・同意書 ・加算が可能である旨が記載されている障害福祉サービス受給者証 ・雇用契約書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(※)100分の170とは (上記2人の従業者によるサービス提供＝100分の200)×(100分の85) * 新任従業者ごとに120時間。 * 原則として、1人の区分6の利用者につき、年間で3人の従業者について算定。 * 西宮市の場合、事前申請及び支給決定が必要。						
ア 利用者の同意を得ていること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
イ 指定重度訪問介護事業所等が新規に採用した従業者が、区分6の利用者の支援に1年以上従事することが見込まれている。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ウ 当該利用者への支援に熟練した指定重度訪問介護事業所等の従業者の同行が必要であると認められる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
エ 当該重度訪問介護事業所に新規採用から6ヶ月を経過していない従業者(新任従業者)による支援を行っている。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
* サービス開始時に新任従業者であっても、6ヶ月を経過した場合は当該従業者による支援について算定できない。						

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
89	移動介護緊急時支援加算	<p>重度訪問介護従業者が、利用者を自らの運転する車両に乗車させて走行する場合であって、外出時における移動中の介護を行う一環として、当該利用者からの要請等に基づき、当該車両を駐停車して、喀痰吸引、体位交換その他の必要な支援を緊急に行った場合にあっては、利用者1人に対し、1日につき240単位を加算していますか。</p>	<p>緊急時支援を行った記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	初回加算	<p>新規に重度訪問介護計画を作成した利用者に対するサービス提供に関して、次に掲げる場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>①サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定重度訪問介護を行った日の属する月に指定重度訪問介護を行った場合</p> <p>②その他の重度訪問介護従業者が初回若しくは初回の指定重度訪問介護を行った日の属する月に指定重度訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	利用者負担上限額管理加算	<p>指定重度訪問介護事業者が利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担額合計額の算定書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	喀痰吸引等支援体制加算	<p>喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)が必要な者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>※ ただし、病院等に入院・入所する障害者に重度訪問介護を算定している場合及び特定事業所加算(I)を算定している場合は、算定できない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・重度訪問介護計画 ・登録喀痰吸引等事業者申請関係書類 ・認定特定行為業務従事者認定証関係書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	行動障害支援連携加算	<p>利用者に対して、指定重度訪問介護事業所等のサービス提供責任者が、サービス事業所又は指定障害者支援施設等の従業者であって支援計画シート及び支援手順書を作成した者に同行して利用者の居室を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該作成者と共同で行い、かつ、重度訪問介護計画を作成した場合であって、当該作成者と連携し、当該重度訪問介護計画に基づく指定重度訪問介護等を行ったときは、初回の指定重度訪問介護等が行われた日から起算して30日の間、1回を限度として、所定単位数を加算していますか。</p> <p>※作成者と指定重度訪問介護事業所等のサービス提供責任者が同一の場合は、加算を算定できない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	福祉・介護職員処遇改善加算	<p>「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定重度訪問介護事業所が、利用者に対し、指定重度訪問介護を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>※「居宅介護」の項目を準用する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費明細書 ・福祉・介護職員処遇改善計画書 ・福祉・介護職員処遇改善実績報告書 ・賃金を改善したことが分かる書類 ・職員に周知した記録 ・労働保険料の納付関係書類 ・研修計画 ・研修会資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員を中心とした従業者の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た事業所等が、利用者に対しサービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。ただし、次に掲げる他方の加算は算定しません。</p> <p>※「居宅介護」の項目を準用する。</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
VI-3 介護給付費関係（移動支援）					
96	<p>基本的事項</p> <p>指定移動支援に要する費用の額は、次の項目（2時間未満の間隔でサービス提供を行った場合）以外の場合は、各障害の種類に応じた「居宅介護・外出介護サービスコード表」における【開始】を含むサービスコードで算定していますか。</p> <p>前回提供した移動支援から2時間以上の間隔が空いていない場合には、各障害の種類に応じた「居宅介護・外出介護サービスコード表」における【開始】を含まないサービスコードで算定していますか。</p>	<p>・移動支援事業費請求書</p> <p>・移動支援事業費明細書</p> <p>・移動支援事業提供実績記録票</p> <p>・サービス提供記録</p> <p>・移動支援計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97	<p>支援の内容</p> <p>支援の内容は、社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出を行う際の、移動中及び目的地における安全確保や身体介護をおこなっていますか。</p> <p><移動支援の対象と考える内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外出の準備に伴う支援（整容、更衣介助、手荷物の準備等） ○ 移動に伴う支援（交通機関の利用補助等） ○ 外出中やその外出の前後におけるコミュニケーションの支援（代読、代筆等） ○ 外出先での必要な支援（排泄介助、食事介助、更衣介助、姿勢保持、チケットの購入の支援等） <p><移動支援に含まれないと考える事例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院等での単なる待ち時間で、具体的な支援を行う必要がない場合 ○ 遊び相手（キャッチボールの相手やカラオケで一緒に歌うなどの行為） ○ 外出の主たる目的地を移動支援事業所等として「預かり行為」を行う場合 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98	<p>外出の範囲（ドアツードアの原則）</p> <p>外出の範囲は、原則「居宅→目的地→居宅」の一連の行為が移動支援の行為として移動支援を提供していますか。</p> <p>※ただし、居宅から目的地（目的地から居宅）の支援を家族が行う等、ガイドヘルパーとの安全な引継ぎができる場合については、片道又は目的地のみの支援も対象となります（例：最寄駅まで家族が送ってガイドヘルパーと待ち合わせる等）。この場合、当該安全な引継ぎを行った記録はサービス提供の記録等に記録しておくこと。</p>	<p>・移動支援事業費請求書</p> <p>・移動支援事業費明細書</p> <p>・移動支援事業提供実績記録票</p> <p>・サービス提供記録</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																						
99	<p>外出の範囲 (対象となる範囲)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事由</th> <th>外出内容</th> <th>外出先の例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">社会生活上必要 不可欠な外出と 認められる場合</td> <td>行政機関等に関する手続き、相談、選挙の投票等</td> <td>市役所、区役所、裁判所、警察署等の官公庁等</td> </tr> <tr> <td>冠婚葬祭</td> <td>結婚式、葬式、法事等の会場</td> </tr> <tr> <td>金融機関の利用</td> <td>銀行、郵便局等</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">余暇活動等の社会参加のための 外出と認められる場合</td> <td>文化施設等の利用</td> <td>美術館、映画館、コンサート会場等</td> </tr> <tr> <td>体育施設等の利用</td> <td>体育館、競技場、プール等</td> </tr> <tr> <td>観光施設等の利用</td> <td>動物園等</td> </tr> <tr> <td>買物(※)</td> <td>商店、デパート等</td> </tr> <tr> <td></td> <td>理容・美容・着付け</td> <td>理容院、美容院</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 日用品の買物は家事援助を利用して頂く必要があります。ただし、余暇活動としての買物であれば対象となります。</p> <p>※ 定期通院においては、通院等介助の利用が優先となります。ただし、急な通院の用が生じた場合や不定期の通院の場合は移動支援の対象となります。なお、介護保険対象者はいかなる場合でも通院の利用は認められません。</p>	事由	外出内容	外出先の例	社会生活上必要 不可欠な外出と 認められる場合	行政機関等に関する手続き、相談、選挙の投票等	市役所、区役所、裁判所、警察署等の官公庁等	冠婚葬祭	結婚式、葬式、法事等の会場	金融機関の利用	銀行、郵便局等	余暇活動等の社会参加のための 外出と認められる場合	文化施設等の利用	美術館、映画館、コンサート会場等	体育施設等の利用	体育館、競技場、プール等	観光施設等の利用	動物園等	買物(※)	商店、デパート等		理容・美容・着付け	理容院、美容院	<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援事業費請求書 ・移動支援事業費明細書 ・移動支援事業提供実績記録票 ・サービス提供記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事由	外出内容	外出先の例																							
社会生活上必要 不可欠な外出と 認められる場合	行政機関等に関する手続き、相談、選挙の投票等	市役所、区役所、裁判所、警察署等の官公庁等																									
	冠婚葬祭	結婚式、葬式、法事等の会場																									
	金融機関の利用	銀行、郵便局等																									
余暇活動等の社会参加のための 外出と認められる場合	文化施設等の利用	美術館、映画館、コンサート会場等																									
	体育施設等の利用	体育館、競技場、プール等																									
	観光施設等の利用	動物園等																									
	買物(※)	商店、デパート等																									
	理容・美容・着付け	理容院、美容院																									
100	<p>移動支援に係る留意点</p> <p>移動支援を提供する際、ガイドヘルパーが自ら運転する車で移動していませんか。</p> <p>移動支援を提供する際は、1人のガイドヘルパーが複数の利用者を同時に支援してませんか。 ※グループ支援の算定不可です。</p> <p>移動支援を提供中において、利用者が理髪、映画館鑑賞等を行っている間、ガイドヘルパーの単なる待ち時間を算定時間から除外して算定していますか。</p> <p>※姿勢保持、排泄介助等ガイドヘルパーの支援が必要である場合は算定可能です。その場合は当該実施した支援内容をサービス提供記録等に記録しておくこと。</p> <p>短期入所、通所サービス及び地域生活支援事業等を利用する際の送迎に、移動支援を提供していませんか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・移動支援計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
101	<p>2人の従業者による移動支援費の算定</p> <p>あらかじめ市にて2人訪問の支給決定を受けている利用者に対して、2人訪問していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援事業費請求書 ・移動支援事業費明細書 ・移動支援事業提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・移動支援計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
102	<p>早朝・夜間・深夜加算</p> <p>夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定移動支援を行った場合にあっては、所定の夜間早朝の金額を、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定移動支援を行った場合にあっては、所定の深夜の金額を算定していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援事業費請求書 ・移動支援事業費明細書 ・移動支援事業提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・移動支援計画 	<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-4 介護給付費関係（同行援護）						
103	基本的事項	指定同行援護に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第523号の別表「介護給付費等単位数表」により算定していますか。 ただし、その額が現に当該同行援護に要した費用の額を超えるときは、現に当該同行援護事業に要した費用の額となっていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・同行援護計画 ・従業者の資格を確認する書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定同行援護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第539号の「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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	同行援護費の算定要件	同行援護従業者が指定同行援護（外出時において、当該利用者に行き、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む。）、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該利用者の外出時に必要な援助を行うことをいう。）を行った場合に、所定単位数を算定していますか。 「厚生労働大臣が定める基準」（平成18年厚生労働省告示543号）の八の基準（別表第1に掲げる調査項目の項の各欄の区分に応じ、それぞれの調査項目に係る利用者の状況をそれぞれ同表の0点の項から2点の項までに当てはめて算出した点数のうち、移動障害の欄に係る点数が1点以上であり、かつ、移動障害以外の欄に係る点数のいずれかが1点以上であること）。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		105		所要時間の取扱い	現に要した時間ではなく、同行援護計画に位置付けられた内容の指定同行援護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>
106	従業者の資格要件ごとの所定単位数の取扱い	次に定める者が指定同行援護を行った場合に所定単位数を算定していますか。 ①同行援護従業者養成研修（一般課程又は応用課程）の修了者 ②居宅介護従業者の要件（P2の居宅介護の要件①～③のいずれか）及び視覚障害者外出介護従業者養成研修を修了したもので、1年以上の視覚障害に関する実務経験（直接処遇）があるもの。 ③国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準じる者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【減算】 次に定める者が行った場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。 ①盲ろう者向け通訳・介助員（令和3年3月31日において、盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業に従事し、視覚障害及び聴覚障害を有する障害者等に対して支援を行った経験を有する者。令和6年3月31日までの暫定措置） ②基礎研修課程修了者等であって、視覚障害を有する身体障害者又は障害児に1年以上サービス従事したことがある者	<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
107	盲ろう者の支援に対する加算の取扱い	盲ろう者向け通訳・介助員(「盲ろう者向け通訳・介助員養成研修事業」による研修の修了者等。令和3年3月31日時点に視覚障害者等に対して支援を行った経験を有しない者も含む。)が、盲ろう者(同行援護の対象者の要件を満たし、かつ、身体障害者障害程度等級表の6級に障害を有する者)に対して指定同行援護等を行った場合に、加算を算定していますか。 所定単位数の100分の25 * 盲ろう者向け通訳・介助員が同行援護従事者養成研修(一般課程)を終了していない場合は、本加算と上記99の下段アの減算を併せて算定する必要があります。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	障害支援区分3の利用者に対する算定	障害支援区分3(障害児にあつては、これに相当する支援の度合)に該当する利用者に指定同行援護等を行った場合に、加算を算定していますか。 所定単位数の100分の20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	障害支援区分4以上の利用者に対する算定	障害支援区分4以上(障害児にあつては、これに相当する支援の度合)に該当する利用者に指定同行援護等を行った場合に、加算を算定していますか。 所定単位数の100分の40		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110	2人の従業者による同行援護費の算定	2人の従業者により同行援護を行うことについて利用者の同意を得ている場合であつて、次のいずれかに該当する場合は、同時に2人の同行援護従業者が1人の利用者に対して指定同行援護を行った場合、それぞれの同行援護従業者が行う指定同行援護につき所定単位数を算定していますか。 ① 障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合 ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 ③ その他障害者等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・同行援護計画 ・従業者の資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111	早朝・夜間・深夜加算	夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定同行援護を行った場合にあつては、1回につき所定単位数の100分の25に相当する単位数を所定単位数に加算し、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定同行援護を行った場合にあつては、1回につき所定単位数の100分の50に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112 ①	特定事業所加算	「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)の三に適合しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定同行援護事業所が、利用者に対し、指定同行援護介護を行った場合は、1回につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(1) 特定事業所加算(Ⅰ) 次の①～③の全てに適合している場合 所定単位数の100分の20に相当する単位数	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(2) 特定事業所加算(Ⅱ) 次の①及び②ア～ウのいずれかに適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数	・サービス提供記録 ・同行援護計画 ・雇用条件通知書、雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(3) 特定事業所加算(Ⅲ) 次の①及び③に適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数	・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(4) 特定事業所加算(Ⅳ) 次の①(イ～カ)、④、⑤、及び⑥に適合している場合 所定単位数の100分の5に相当する単位数		<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
112 特定事業所 ② 加算	①体制要件 次の(ア)～(カ)のいずれも満たすこと。	<ul style="list-style-type: none"> ・研修記録 ・会議記録 ・サービス指示書 ・サービス終了後の報告記録 ・健康診断実施記録 ・緊急時の対応文書 ・同行研修の記録 			
	(ア) すべての同行援護従業者(登録従業者を含む。)及びサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、その計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) 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同行援護従業者の技術指導を目的とした会議を、おおむね1月に1回開催すること。(テレビ電話装置等の活用可)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) サービス提供責任者が、当該利用者を担当する同行援護従業者に対し、当該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を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する同行援護従業者から適宜報告を受けること。				
	(エ) すべての同行援護従業者に対し、健康診断等を少なくとも1年に1回以上実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(オ) 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(カ) 新規に採用したすべての同行援護事業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②人材要件 次の(ア)～(ウ)のいずれも満たすこと。	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類 			
	(ア) 次のいずれかに該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・同行援護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・同行援護従業者の総数のうち介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者及び旧1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定同行援護のサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上 ※母数が「同行援護従業者の総数」となっているため、居宅介護において特定事業所加算の要件を満たしている場合でも、同行援護では要件を満たさない場合があるため注意が必要。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) すべてのサービス提供責任者が次のいずれかに該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・3年以上の実務経験を有する介護福祉士 ・5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者又は旧1級修了者 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置していること。		<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
112	特定事業所 ③加算	③重度障害者対応要件 前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定同行援護の利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)を必要とする者の占める割合が100分の30以上であること。 ※母数が「同行援護の利用者」となっているので、居宅介護にて特定事業所加算の同要件を満たしている場合でも、同行援護には満たさない場合があるので注意が必要。	・割合の分かるもの ・居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		④指定同行援護事業所の全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実地又は実施を予定していること。	・計画や実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑤指定障害福祉サービス基準第五条第二項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が二人以下の指定同行援護事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同項に規定する基準を上回る数のサービス提供責任者を1人以上配置していること。	・配置の分かるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑥前年度又は算定日が属する月の前三ヶ月間における利用者(障害児を除く。)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上であること。	・割合の分かるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	緊急時対応 加算	利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が同行援護計画の変更等を行い、当該利用者の同行援護計画において計画的に訪問することになっていない指定同行援護を緊急に行った場合は、利用者1人に対し、1月につき2回を限度として、1回につき100単位を加算していますか。	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・同行援護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		緊急時対応加算を算定している事業所が、地域生活支援拠点等としての機能を担うものとして、市長に届け出た場合、1回につきさらに50単位を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等の禁止に規定する基準(※)を満たしていない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算していますか。ただし、令和5年3月31日までの間は、減算しません。 (※) ①やむを得ず身体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やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。 ②身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 A 身体拘束等の適正化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、従業者に周知徹底を図ること。 B 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 C 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。	身体拘束等を行った場合の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	他の障害福祉サービス等利用時の取扱い	利用者が同行援護以外の障害福祉サービスを受けている間又は又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援を受けている間に、同行援護サービス費を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	初回加算	新規に同行援護計画を作成した利用者に対するサービス提供に関して、次に掲げる場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。 ①サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定同行援護を行った日の属する月に指定同行援護を行った場合 ②その他の同行援護従業者が初回若しくは初回の指定同行援護を行った日の属する月に指定同行援護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・同行援護計画	<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
117	利用者負担上限額管理加算	指定同行援護介護事業者が利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算していますか。	・利用者負担額合計額の算定書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118	喀痰吸引等支援体制加算	喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)が必要な者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算していますか。 ※ただし、特定事業所加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定できない。	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・同行援護計画 ・登録喀痰吸引等事業者申請関係書類 ・認定特定行為業務従事者認定証関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119	福祉・介護職員処遇改善加算	「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定同行援護事業所が、利用者に対し、指定同行援護を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ※「居宅介護」の項目を準用する。	・介護給付費明細書 ・福祉・介護職員処遇改善計画書 ・福祉・介護職員処遇改善実績報告書 ・賃金を改善したことが分かる書類 ・職員に周知した記録 ・労働保険料の納付関係書類 ・研修計画 ・研修会資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	<u>厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員を中心とした従業者の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た事業所等が、利用者に対しサービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。ただし、次に掲げる他方の加算は算定しません。</u> <u>※「居宅介護」の項目を準用する。</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
VI-5 介護給付費関係（行動援護）					
121	基本的事項	指定行動援護に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第523号の別表「介護給付費等単位数表」により算定していますか。			
		ただし、その額が現に当該行動援護に要した費用の額を超えるときは、現に当該行動援護事業に要した費用の額となっていますか。			
		指定行動援護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第539号の「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。			
122	行動援護費の算定要件	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画 ・認定調査票 		
		次の①及び②のいずれにも該当する心身の状態（障害児にあっては、これに相当する心身の状態）にある利用者に対して、指定行動援護事業所の従業者（行動援護従業者）が指定行動援護を行った場合に、所定単位数を算定していますか。			
		① 区分3以上に該当していること。 ② 「厚生労働大臣が定める基準」（平成18年厚生労働省告示第543号）の十一の基準（別表第2に掲げる行動関連項目の合計点数が10点以上（障害児にあっては、これに相当する状態）である者）を満たしていること。			
123	所要時間の取扱い	現に要した時間ではなく、行動援護計画及び支援計画シート等（以下「行動援護計画等」という。）に位置付けられた内容の指定行動援護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定していますか。			
124	支援計画シート等未実施減算	【減算】 支援計画シート等が作成されていない場合に、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定していますか。			
125	所定単位数の取扱い	次に定める者が指定同行援護を行った場合に所定単位数を算定していますか。 ①行動援護従業者養成研修の修了者又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）修了者であって、知的障害児又は精神障害者の直接業務に1年以上の従事経験を有する者 ②【令和6年3月31日までの暫定措置】 令和3年3月31日において、居宅介護従業者（P2の居宅介護要件①～③のいずれか）の要件を満たし、知的障害児又は精神障害者の直接業務に2年以上の従事経験を有する者	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画 ・従業者の資格を確認する書類 		
126	2人の従業者による行動援護費の算定	2人の従業者により同行援護を行うことについて利用者の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合は、同時に2人の行動援護従業者が1人の利用者に対して指定行動援護を行った場合、それぞれの行動援護従業者が行う指定行動援護につき所定単位数を算定していますか。 ① 障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合 ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 ③ その他障害者等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画 		
127	算定回数	行動援護サービス費は、1日1回のみの算定していますか。			

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
128 ① 特定事業所 加算 ①	「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)の三に適合しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定行動援護事業所が、利用者に対し、指定行動援護を行った場合は、1回につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。				
	(1) 特定事業所加算(Ⅰ) 次の①～③のいずれにも適合している場合 所定単位数の100分の20に相当する単位数	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 特定事業所加算(Ⅱ) 次の①及び②ア～ウのいずれかに適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数	・サービス提供記録 ・居宅介護計画 ・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 特定事業所加算(Ⅲ) 次の①及び③に適合している場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 特定事業所加算(Ⅳ) 次の①(イ～カ)、④、⑤、及び⑥に適合している場合 所定単位数の100分の5に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 体制要件 次の(ア)～(カ)のいずれも満たすこと。				
	(ア) すべての行動援護従業者(登録従業者を含む。)又はサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、その計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) 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行動援護従業者の技術指導を目的とした会議を、おおむね1月に1回定期的に開催すること。(テレビ電話装置等の活用可)	・研修記録 ・会議記録 ・サービス指示書 ・サービス終了後の報告記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) サービス提供責任者が、当該利用者を担当する行動援護従業者に対し、当該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を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する行動援護従業者から適宜報告を受けること。	・健康診断実施記録 ・緊急時の対応文書 ・同行研修の記録			
	(エ) すべての行動援護従業者に対し、健康診断等を少なくとも1年に1回以上実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(オ) 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(カ) 新規に採用したすべての行動援護事業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施していること。		<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
128 ② 特定事業所 加算 ②	②人材要件 次の(ア)～(ウ)のいずれも満たすこと。				
	(ア) 次のいずれかに該当すること。 ・行動援護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・行動援護従業者の総数のうち介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者及び旧1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定行動援護のサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上 ※母数が「行動援護従業者の総数」となっているため、居宅介護において特定事業所加算の要件を満たしている場合でも、行動援護では要件を満たさない場合があるため注意が必要。	・雇用条件通知書、雇用契約書 ・資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) すべてのサービス提供責任者が次のいずれかに該当すること。 ・3年以上の実務経験を有する介護福祉士 ・5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者又は旧1級修了者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ウ) 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③重度障害者対応要件 前年度又は算定日が属する月の前3月間における指定行動援護の利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)を必要とする者の占める割合が100分の30以上であること。 ※母数が「行動援護の利用者」となっているので、居宅介護にて特定事業所加算の同要件を満たしている場合でも、行動援護には満たさない場合があるので注意が必要。	・割合の分かるもの ・居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④指定行動援護事業所の全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実地又は実施を予定していること。	・計画や実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤指定障害福祉サービス基準第五条第二項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が二人以下の指定行動援護事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同項に規定する基準を上回る数のサービス提供責任者を1人以上配置していること。	・配置の分かるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥前年度又は算定日が属する月の前三ヶ月間における利用者(障害児を除く。)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上であること。	・割合の分かるもの	<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
129	緊急時対応加算	利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が行動援護計画及び支援計画シート等(以下「行動援護計画等」という)の変更を行い、当該利用者の行動援護計画等において計画的に訪問することになっていない指定行動援護を緊急に行った場合は、利用者1人に対し、1月につき2回を限度として、1回につき100単位を加算していますか。	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		緊急時対応加算を算定している事業所が、地域生活支援拠点等としての機能を担うものとして、市長に届け出た場合、1回につきさらに50単位を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130	身体拘束廃止未実施減算	<p>身体拘束等の禁止に規定する基準(※)を満たしていない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算していますか。ただし、令和5年3月31日までの間は、減算しません。</p> <p>(※) ①やむを得ず身体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やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。 ②身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 A 身体拘束等の適正化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)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 B 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 C 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p>	身体拘束等を行った場合の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131	他の障害福祉サービス等利用時の取扱い	利用者が行動援護以外の障害福祉サービスを受けている間又は又は指定障害児通所支援若しくは指定障害児入所支援を受けている間に、行動援護サービス費を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132	初回加算	<p>新規に行動援護計画及び支援計画シート等を作成した利用者に対するサービス提供に関して、次に掲げる場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>①サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定行動援護を行った日の属する月に指定行動援護を行った場合 ②その他の行動援護従業者が初回若しくは初回の指定行動援護を行った日の属する月に指定行動援護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合</p>	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133	利用者負担上限額管理加算	指定行動援護介護事業者が利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算していますか。	・利用者負担額合計額の算定書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134	喀痰吸引等支援体制加算	<p>喀痰吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)が必要な者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>※ただし、特定事業所加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定できない。</p>	<p>・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供実績記録票 ・サービス提供記録 ・行動援護計画 ・登録喀痰吸引等事業者申請関係書類 ・認定特定行為業務従事者認定証関係書類</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
135	行動障害支援指導連携加算	<p>支援計画シート等を作成した者(以下、「作成者」という)が、指定重度訪問介護事業所等のサービス提供責任者に同行して利用者の居室を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該サービス提供責任者と共同で行い、かつ、当該サービス提供責任者に対して、重度訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行ったときは、指定重度訪問介護等に移行する日の属する月(翌月に移行することが確実に見込まれる場合であって、移行する日が翌月の初日等であるときにあっては、移行をする日が属する月の前月)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>※作成者と指定重度訪問介護事業所等のサービス提供責任者が同一の場合は、加算を算定できない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136	福祉・介護職員処遇改善加算	<p>「厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第543号)に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事(指定都市・中核市の場合はその市長)に届け出た指定行動援護事業所が、利用者に対し、指定重度訪問介護を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>※「居宅介護」の項目を準用する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費明細書 ・福祉・介護職員処遇改善計画書 ・福祉・介護職員処遇改善実績報告書 ・賃金を改善したことが分かる書類 ・職員に周知した記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	<p><u>厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員を中心とした従業者の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た事業所等が、利用者に対しサービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。ただし、次に掲げる他方の加算は算定しません。</u></p> <p>※「居宅介護」の項目を準用する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・労働保険料の納付関係書類 ・研修計画 ・研修会資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>