

自己点検シート（自立生活援助）

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」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	<p>利用者が地域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、定期的な巡回又は随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等により、当該利用者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言その他の必要な支援が、保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関との密接な連携の下で、当該利用者の意向、適正、障害の特性その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的に行うものとなっていますか。</p>	<p>・運営規程</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II 人員基準						
2	地域生活支援員配置基準	<p>事業所ごとに、専らその職務に従事する地域生活支援員を1以上置いていますか。</p> <p>※常勤換算方法により、必要な員数の配置が求められるものではないが、業務を適切に遂行する観点から、必要な勤務時間が確保されている必要がある。</p> <p>※ただし、利用者に対するサービス提供に支障がない場合は、他の事業所又は施設等の職務に従事させることができる。この場合においては、指定自立生活援助事業所の従業者として勤務する時間を、業務を行う他の職務に係る常勤換算に参入することはできないものとする。</p> <p>なお、利用者からの相談等の対応に係る業務を考慮し、指定自立生活援助事業所の従業者が、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所又は指定障害福祉サービス事業所若しくは指定障害者支援施設等の管理者又はサービス管理責任者の職務と兼務する場合には、サービス提供に支障がない場合として認められる。</p>	<p>・勤務表 ・サービス提供記録 ・職員名簿、雇用契約書 ・資格を確認する書類 ・就業規則 ・賃金台帳等</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>地域生活支援員の員数の標準は、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1としていますか。</p> <p>※利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。</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
3	<p>サービス管理責任者 配置基準 【配置していない場合の減算規定あり】</p> <p>事業所ごとに、次に掲げる利用者の数の区分に応じ、専らその職務に従事するサービス管理責任者を置いていますか。</p> <p>①利用者の数が30以下・・・1以上 ②利用者の数が31以上・・・1に、利用者の数が30を超えて30又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上</p> <p>※利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。</p> <p>※サービス管理責任者においては、当該事業所における地域包括支援員と兼務しても差し支えない。</p> <p>※利用者に対するサービス提供に支障がない場合は、他の事業所又は施設等の職務に従事させることができる。この場合においては、指定自立生活援助事業所の従業者として勤務する時間を、業務を行う他の職務に係る常勤換算に参入することはできない。 なお、利用者からの相談等の対応に係る業務を考慮し、指定自立生活援助事業所の従業者が、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所の業務のほか、併設する他の指定障害福祉サービス事業所若しくは指定指定障害者支援施設等の管理者又はサービス管理責任者の職務と兼務する場合については、サービス提供に支障がない場合として認められる。</p>	<p>・勤務表 ・サービス提供記録 ・職員名簿、雇用契約書 ・資格を確認する書類 ・就業規則 ・賃金台帳等</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>資格要件</p> <p>※サービス管理責任者は資格要件(指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等(平成18年厚生労働省告示第544号))を満たしていますか。 (抄)</p> <p>1 ①及び②に定める要件を満たす者 ① 実務経験者であること。 実務経験の詳細は、上記告示を参照。</p> <p>② サービス管理責任者更新研修修了者であること。ただし、サービス管理責任者実践研修を修了した日から5年を経過する日の属する年度の末日までの間は、次のア及びイに掲げる要件に該当する者であって、更新研修修了者でないものを更新研修修了者とみなす。 ア サービス管理責任者基礎研修修了者であること。 イ サービス管理責任者実践研修修了者であること。</p> <p>2 平成31年3月31日において旧告示第1号イの(2)の(二)の規定を満たす者(以下「旧サービス管理責任者研修修了者」という。)については、令和6年3月31日までの間はサービス管理責任者として現に従事しているものとみなす。この場合において、当該旧サービス管理責任者研修修了者がサービス管理責任者となるには、同日前に更新研修修了者となり、以後、更新研修修了者となった日の属する年度の翌年度を初年度とする同年度以降の5年度ごとの各年度の末日までに、サービス管理責任者更新研修を改めて修了することを要する。 3 実務経験者が平成31年4月1日以後令和4年3月31日までに基礎研修修了者となった場合においては、1の②のイの規定にかかわらず、基礎研修修了者となった日から3年を経過する日までの間は、当該実務経験者をサービス管理責任者とみなす。この場合においては、当該実務経験者がサービス管理責任者となるには、基礎研修修了者となった日から3年を経過する日までの間に実践研修修了者となることを要する。</p>	<p>・職員履歴書 ・資格を確認する書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<p>管理者</p> <p>原則として、専ら当該事業所の管理業務に従事していますか。ただし、以下の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、ほかの職務を兼ねることができる。</p> <p>ア 当該事業所のサービス管理責任者又は従業者としての職務に従事する場合 イ 当該事業所以外の他の指定障害福祉サービス事業所又はサービス管理責任者もしくは従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる場合</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	
Ⅲ 設備基準						
6	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。	・設備・備品台帳	<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"/>
		指定自立生活援助の提供に必要な設備・備品等を備えていますか。	・机、椅子、電話、手指洗淨設備等 ・レンタル契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅳ 運営基準						
7	実施主体	指定自立生活援助事業者は、指定障害福祉サービス事業者（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練又は共同生活援助の事業を行う者に限る。）、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※指定自立生活援助は、障害者支援施設、共同生活援助を行う住居若しくは精神科病院等から退院、退所等して自立した生活を営む者又は居宅において単身等であって自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある者に対して、一定の期間の中で自立した地域生活を継続していけるよう、理解力や生活力を補う観点から必要な支援を行うものであることから、当該利用者の状況を知悉する者による支援により、適切かつ効果的な指定自立生活援助が行われるよう、指定自立生活援助事業者は、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者であることを要件としたもの。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		漫然かつ画一的な提供とならないよう、個々の利用者の心身の状況及びその置かれている環境等に応じて適切にサービス提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	定期的な訪問による支援	提供したサービスについては、目標達成の度合いや利用者の満足度等について常に評価を行うとともに、その改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		おおむね週に1回以上、利用者の居宅を訪問することにより、当該利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の的確な把握を行い、必要な情報の提供及び助言並びに相談、指定障害福祉サービス事業者等、医療機関等との連絡調整その他の障害者が地域における自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の生活状況を把握し、適切な支援を行うために、定期的な訪問による支援の内容（訪問した時間帯、利用者の状況、対応の内容等）を具体的に記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	随時の通報による支援等	利用者からの相談又は要請があった場合には、速やかに電話による対応又は利用者の居宅への訪問等により状況把握を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記に状況把握を行った上で、当該利用者に必要な情報の提供や助言、相談、当該利用者の家族や当該利用者が利用する指定障害福祉サービス事業者等、医療機関その他の関係機関等との連絡調整を行うなどの必要な措置を適切に行っていますか。また、利用者の心身の状況に応じて、適切な対応を行うために、随時の通報による措置の内容（通報のあった時間、相談又は要請の内容、対応の状況等）を具体的に記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		携帯電話等により直接利用者又はその家族等と常時の連絡体制を確保していますか。		<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
10	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書 ・利用申込書(契約書等) ・同意に関する記録 	<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"/>
11	契約支給量の報告等	指定自立生活援助を提供するときは、当該指定自立生活援助の内容、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・受給者証(写し) 	<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ませんか。		<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。	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村への報告文書(控) 	<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。	<ul style="list-style-type: none"> ・受給者証(写し) ・市町村への報告文書(控) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・障害支援区分の分布が分かる資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡調整に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	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、適当な他の指定自立生活援助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。	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介等の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・受給者証(写し) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	介護給付費の支給の申請に係る援助	自立生活援助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。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用申込受付簿 ・支援等の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自立生活援助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。	<ul style="list-style-type: none"> ・支援等の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	心身の状況の把握	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・支援等の記録 	<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
18	指定障害福祉サービス事業者等との連携	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・支援等の記録 ・他の事業者等との連絡に関する記録 	<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"/>
19	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"/>
20	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。 ※サービスの提供日、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>
21	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・支払いの請求に関する説明書類 ・利用者の同意書 	<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"/>
22	利用者負担額等の受領	サービスを提供したときは、利用者から指定自立生活援助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"> ・利用者負担額請求書 ・領収書(控) 	<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、利用者から指定自立生活援助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"/>
23	利用者負担額に係る管理	利用者の依頼を受けて、同一の月に指定自立生活援助事業者が提供する指定自立生活援助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"/>

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	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自立生活援助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。	・利用者に対する通知(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領を行わない指定自立生活援助に係る費用の支払を受けた場合は、その提供した指定自立生活援助の内容、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。	・サービス提供証明書(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ①	勤務体制の確保等	利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、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。	・勤務表 ・雇用条件通知書、雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定自立生活援助事業所ごとに、当該指定自立生活援助事業所の従業員によって指定自立生活援助を提供していますか。		<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、出張命令 ・研修会資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ②	勤務体制の確保等(ハラスメント関連)	<u>適切な自立生活援助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つ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>	・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"/>
		<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>	・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"/>
		<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>	・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
26	<p>業務継続計画の策定等【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自立生活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>		<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>		<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"/>
27	<p>従業者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>	<p>・健康診断の記録 ・衛生管理マニュアル等</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>指定自立生活援助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>	<p>・委員会会議録 ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針 ・研修及び訓練を実施した記録</p>	<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>		<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>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<p>指定自立生活援助事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者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>※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。</p>	<p>・掲示物</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
29	秘密保持等	従業者及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		従業者及び管理者であった者が、正当な理由がなく、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がないよう、必要な措置を講じていますか。	・就業規則 ・就業時の取り決め等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		他の事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供しようとするときには、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得ていますか。 ※サービス提供開始時に包括的な同意を得ておくことで可	・個人情報使用同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	情報の提供等	指定自立生活援助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。	・広告	<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"/>
31	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当該指定自立生活援助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収受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	苦情解決	提供した指定自立生活援助に関する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	・運営規程 ・苦情に関する記録 ・苦情対応マニュアル ・苦情に対する対応結果記録 ・市町村又は都道府県の指導等に関する改善記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情を受け付けた場合には、その苦情の内容等を記録していますか。	・市町村又は都道府県への報告記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	事故発生時の対応	利用者に対する指定自立生活援助の提供により事故が発生した場合は、市、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も差し支えない。	・事故対応マニュアル ・事故に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対する指定自立生活援助の提供により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。 ※損害賠償保険に加入しておくことが望ましい。	・損害保険関係書類 ・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その原因を解明し、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
34 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"/>
	<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(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、従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>※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)</p> <p>※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)従業者は、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者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。</p> <p>※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」を作成することが望ましい。 (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</p>	委員会開催の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所において、従業者に対し、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。	担当者のわかるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定自立生活援助の事業の会計をその他の事業の会計と区分していますか。	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 指定自立生活援助の基本取扱方針	自立生活援助計画に基づき、利用者の心身の状況等に応じて適切な支援を行うとともに、指定自立生活援助の提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮していますか。	・自立生活援助計画 ・指定自立生活援助の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自立生活援助の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、支援上必要な事項について、理解しやすいように説明を行っていますか。 ※自立生活援助計画の目標及び内容のほか、行事及び日課等も含む。		<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。	・事業所の評価に関する記録	<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
37 自立生活援助計画の作成	サービス管理責任者は、利用者について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握(アセスメント)を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上での適切な支援内容を検討し、自立生活援助計画を作成していますか。	・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アセスメントに当たっては、利用者に面接して行っていますか。	・アセスメント記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定自立生活援助の目標及びその達成時期、指定自立生活援助を提供する上での留意事項等を記載した自立生活援助計画の原案を作成していますか。 また、この場合において、当該事業所が提供する指定自立生活援助以外の保険医療サービスまたはその他の福祉サービス等との連携も含めて計画の原案に位置付けるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス管理責任者は、自立生活援助計画の作成に係る会議を開催し、計画の原案の内容について意見を求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス管理責任者は、自立生活援助計画の原案の内容について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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス管理責任者は、自立生活援助計画を作成した際には、これを利用者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス管理責任者は、自立生活援助計画作成後においても、計画の実施状況の把握を行うとともに、少なくとも3月に1回以上、見直しを行い、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"/>
	サービス管理責任者は、モニタリングに当たって利用者及びその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行っていますか。 ア 定期的に利用者に面接すること イ 定期的にモニタリングの結果を記録すること	・モニタリング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自立生活援助計画に変更のあった場合、上記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"/>
38 相談及び援助	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、常時必要な相談及び援助を行い得る体制をとることにより、積極的に利用者の生活の質の向上を図っていますか。	・自立生活援助計画 ・指定自立生活援助の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 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。	・市町村への通知文書(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
40	管理者及びサービス提供責任者の責務	管理者は、指定自立生活援助事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・組織図、組織規程 ・業務分担表 ・業務報告書 ・業務日誌等 ・利用申込書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、指定自立生活援助事業所の従業者に、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"/>
		サービス管理責任者は自立生活援助計画作成等の業務のほか、次の業務を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ア 利用申込みに際し、当該利用者に係る他の障害福祉サービス等の提供状況の把握 イ 利用者の心身の状況、その置かれている環境等を十分に踏まえ、関係機関等と連携を図り、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を継続して営むことができるように必要な支援を行うこと ウ 他の従業者に対して、技術指導及び助言を行うこと		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	運営規程	事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程を定めているか。 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 指定自立生活援助の提供方法及び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 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類 ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項 ⑧ その他運営に関する重要事項	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	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。	・従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、当該サービスを提供した日から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完結の日から5年間備えておく必要があります。 ① 指定自立生活援助の提供の記録 ② 自立生活援助計画 ③ 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 ④ 苦情の内容等に係る記録 ⑤ 事故の状況及び事故に関する記録	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・自立生活援助計画 ・苦情に関する記録 ・市町村への通知文書(控) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等						
43	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						
44	基本的事項	指定自立生活援助に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第523号の別表第14の3により算定していますか。 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定自立生活援助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。	・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 ・自立生活援助計画	<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"/>
45	自立生活援助サービス費 ①	利用者に対して指定自立生活援助を行った場合には、次の区分に応じ、1月につきそれぞれの所定単位数を算定していますか。 ①自立生活援助サービス費（Ⅰ） ア 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が 30未満 …… 1,558 単位 イ 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が 30以上 …… 1,090 単位 ※員数は、サービス管理責任者を兼務する地域生活支援員については、1人につき地域生活支援員0.5人とみなして算定する。 ※障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う指定自立訓練（生活訓練）事業所、自動福祉法第7条第1項に規定する児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所していた障害者、指定共同生活援助事業所等又は福祉ホームに入居していた障害者、精神科病院に入所していた障害者、救護施設又は更生施設に入所していた障害者、刑事施設、少年院又は更生保護施設に収容されていた障害者、保護観察所に設置若しくは併設された宿泊施設等に宿泊していた障害者又は更生保護法の規定による委託を受けた者が当該委託に係る応急救護若しくは更生緊急保護として利用させる宿泊施設に宿泊していた障害者（以下「施設退所者」という）であって、退所等をしてから1年以内（退所等をした日から1年を経過した日の属する月まで） 又は同居家族の死亡若しくはこれに準ずると市町村が認める事情により単身での生活を開始した日から1年以内 の期間について、指定自立生活援助の従業者が、指定自立生活援助を行った場合に算定する。	・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 ・自立生活援助計画 ・従業者の資格を確認する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②自立生活援助サービス費（Ⅱ） ア 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が 30未満 …… 1,166 単位 イ 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が 30以上 …… 817 単位 ※施設退所者であって、退所等した日から1年を超える者又は現に居宅において単身であるため、若しくは同居している家族等が障害、疾病等のため、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある者であって、当該障害者を取り巻く人間関係、生活環境又は心身の状態変化により、自立した地域生活を継続することが困難と認められる者に対し、指定自立生活援助を行った場合に算定する。		<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
46 自立生活援助サービス費 ②	<p>次の(1)から(3)に該当する場合は、それぞれに掲げる割合を所定単位数に乗じて得た数を算定していますか。</p> <p>(1) 指定自立生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者の員数を満たしていない場合 …… 100分の70 ※サービス管理責任者員数を満たしていない状態が5月以上継続している場合は100分の50</p> <p>(2) 自立生活援助計画が作成されていない場合 ア 作成されていない期間が3月未満の場合 …… 100分の70 イ 作成されていない期間が3月以上の場合 …… 100分の50</p> <p>(3) 利用者(当該指定自立生活援助の利用期間が1年に満たない者を除く。)のサービス利用期間(当該指定自立生活援助の利用を開始した月の末日までの期間をいう。)の平均値が、厚生労働省令で定める期間(1年)に6月間を加えて得た期間を超えている場合 …… 100分の95</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 ・自立生活援助計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 自立生活援助サービス費 ③	<p>定期的な訪問による支援を1月に2日以上行わなかった場合に、自立生活援助サービス費を算定していませんか。</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 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 福祉専門職員配置等加算	<p>福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) …… 1月につき 450単位</p> <p>地域生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者の割合が100分の35以上である場合と届け出している場合に、上記の単位を加算していますか。</p> <p>※「常勤で配置されている従業者」とは、正規又は非正規雇用に係わらず、事業所において定められる常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している従業者をいう。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・勤務表 ・資格者証 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) …… 1月につき 300単位</p> <p>地域生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者の割合が100分の25以上である場合と届け出している場合に、上記の単位を加算していますか。</p> <p>※福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)との併用はできません。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) …… 1月につき 180単位</p> <p>次のア又はイに該当する場合に、所定単位数を加算していますか。</p> <p>ア 地域生活支援員として配置されている従業者のうち、常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上であること。</p> <p>イ 地域生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、3年以上従事している従業者の割合が100分の30以上であること。 ※3年以上とは、加算の申請を行う前月の末日時点における勤続年数とし、勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え同一法人の経営するほかの障害福祉サービス事業を行う事業所等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。 また、当該勤続年数の算定については、非常勤で勤務していた期間も含めることとする。</p> <p>※福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)もしくは(Ⅱ)との併用はできません。</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	
49	ピアサポート体制加算	次の(1)～(3)全ての基準に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定自立生活援助事業所において、指定自立生活支援を行った場合に、所定単位数を加算していますか。 1月につき 100単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(1)地域生活支援事業として行われる研修(障害者ピアサポート研修における基礎研修及び専門研修に限る。)の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者であって、次の①及び②に掲げるものを指定自立生活援助の従業者としてそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①障害者又は障害者であったと市長が認める者。 ※障害に関する確認は、以下の方法にて行う。 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、医師の診断書、特定医療費受給者証、難病医療費助成の却下通知書、その他市町村が認める書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②管理者、サービス管理責任者又は地域生活支援員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(2)上記(1)に掲げる者のいずれかにより、当該指定自立生活援助事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(3)上記(1)に掲げる者を配置している旨を公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		※令和6年3月31日までの間は、以下の経過措置が認められる。 ①市町村が上記研修に準ずると認める研修(※)を修了した障害者等を常勤換算方法で0.5以上配置する場合についても研修の要件を満たすもの。 ※都道府県又は市町村が委託又は補助等により実施するピアサポーターの養成を目的とする研修のほか、民間団体が自主的な取組として実施するピアサポーターの養成を目的とする研修についても、研修の目的やカリキュラム等を確認の上認め差支えないが、単なるピアサポーターに関する講演等は認められない。また、研修を修了した旨の確認については、原則として修了証書により確認することとするが、その他の書類等により確認できる場合は当該書類等をもって認めて差支えない。 ②上記(1)の②に規定する者の配置がない場合も算定できる。				
50	初回加算	指定自立生活援助の利用を開始した月について、1月につき500単位を加算していますか。 ※当該利用者が過去3月間に当該指定自立生活援助事業所を利用したことがない場合に限り算定できる。	・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 ・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	同行支援加算	外出を伴う支援を行うにあたり、従業者が利用者に同行し必要な情報提供又は助言等を行った場合に、次の支援回数に応じて1月につき所定単位数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 ・自立生活援助計画 ・外出に同行し、必要な情報提供や助言等の支援を行った記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		外出を伴う支援が1月に1回又は2回の場合 500単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		外出を伴う支援が1月に3回の場合 750単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		外出を伴う支援が1月に4回以上の場合 1,000単位		<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	
52	緊急時支援加算	緊急時支援加算(Ⅰ) 1日につき 711単位 利用者に対して、当該利用者の障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合において、次の要件をいずれも満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①緊急時支援が、当該利用者又はその家族等からの要請に基づいていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②緊急時支援を行った時間帯が深夜(午前10から午前6時までの時間)であること。	・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"/>
		③要請に対し、速やかに当該利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在による支援を行うこと。	・サービス提供記録(要請を受けた内容を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※緊急時支援加算(Ⅰ)が算定されている指定自立生活援助事業所が、運営規程において、当該指定自立生活援助事業所が市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めているものとして西宮市市長に届け出た場合に、更に1日につき所定単位数に50単位を加算する。	・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		緊急時支援加算(Ⅱ) 1日につき 94単位 利用者に対して、当該利用者の障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合において、次の要件をいずれも満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		①緊急時支援が、当該利用者又はその家族等からの要請に基づいていること。	・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緊急時支援を行った時間帯が深夜(午前10から午前6時までの時間)であること。	・サービス提供記録(要請を受けた内容を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		③要請に対し、電話による相談援助を行っていること。	・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		緊急時支援を行った場合に、要請のあった時間、要請の内容、支援日時及び当該加算の算定対象である旨を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	利用者負担上限額管理加算	利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき150単位を加算していますか。 なお、負担額が負担上限額を実際に超えているか否かは算定の条件としない。	・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 ・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	日常生活支援情報提供加算	次のいずれの要件を満たした上で、当該利用者1人につき1月に1回を限度として100単位を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		①精神科病院等(*1)の職員に対して、精神科病院等に通院する者についての当該利用者の自立した日常生活を維持するために必要と認められる情報(*2)について、情報提供を行っていますか。 (*1)具体的には、精神科病院、医療法に規定する病院若しくは診療所(精神病床を有するもの又は同法第8条若しくは医療法施行令第4条の2の規定により精神科若しくは診療内科を担当診療科名として届け出ている者に限る。)を指す。 (*2)具体的には、服薬管理が不十分である場合や生活リズムが崩れている場合等をいう。	・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 ・自立生活援助計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②当該加算について、あらかじめ当該利用者の同意を得ていますか。	・同意を得た記録 ・情報提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		③当該情報提供を行った日時、提供先、内容、提供手段(面談、文書、FAX等)等について記録を作成し、5年間保存していますか。		<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
55 居住支援連携体制加算	西宮市長に届け出た指定自立生活援助事業所において、住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会に対して、1月に1回以上、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報(*1)を共有(*2)した場合に、次のいずれの要件を満たした上で、1月につき35単位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 ・自立生活援助計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律第40条に規定する住宅確保要配慮者居住支援法人又は同法第51条第1項に規定する住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により、利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②上記①に規定する体制を確保している旨を公表していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(*1)必要な情報とは、具体的には、利用者の心身の状況(例えば、障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など)、生活環境(例えば、家族構成、生活歴など)、日常生活における本人の支援の有無やその具体的状況及びサービスの利用状況、利用者の障害の特性に起因して生じる緊急時の対応等に関する情報であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(*2)毎月、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(*2)情報の共有を行った日時、場所、内容、共有手段(面談、テレビ電話装置等の使用等)等について記録を作成し、5年間保存していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 地域居住支援体制強化推進加算	次のいずれの要件を満たした上で、当該利用者1人につき1月に1回を限度として500単位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 ・自立生活援助計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して、居宅における生活上必要な説明及び指導を行うにあたり、利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し、説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※上記①の「居宅における生活上必要な説明及び指導」等の必要な支援を行った場合は、当該支援内容を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※上記②の「説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題」は、協議会等への出席及び資料提供や文書等による方法で報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※上記②で行った協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し報告した日時、報告先、内容、報告方法(協議会等への出席及び資料提供、文書等)等について記録し、作成した記録は5年間保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>