

小松島市居宅介護支援自己点検シート(加算等)

事業所名		記入日	年 月 日
記入者氏名		職名	

①各点検項目のうち、記入日から数えて過去6月以内に算定実績のあるもの(加算あり)について「要点検」欄にチェックを入れてください。(口を■に塗りつぶす、☑等)②「要点検」にチェックを入れたものについて、点検した結果を記入してください。※運営基準減算及び特定事業所集中減算については、算定の有無にかかわらず、必ず回答してください。

点検項目	要点検	点検事項	点検結果		備考
			該当	非該当	
居宅介護支援費(I)	<input type="checkbox"/>	取扱件数 $\{[(\text{指定居宅介護支援の利用者数}) + (\text{指定予防介護支援の委託を受けた利用者数} \div 2)] \div (\text{常勤換算した介護支援専門員の員数})\}$ が40未満の部分について、居宅介護支援費(i)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		取扱件数が40以上60未満の部分について、居宅介護支援費(ii)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		取扱件数が60以上の部分について、居宅介護支援費(iii)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援費(II)	<input type="checkbox"/>	次の①又は②を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①情報通信機器(人工知能関連技術を活用したものを含む。)の活用	<input type="checkbox"/>		
		②事務職員の配置(同一法人内の兼務可。常勤換算で介護支援専門員1人あたり1月24時間以上の勤務が必要です。)	<input type="checkbox"/>		
		取扱件数が45未満の部分について、居宅介護支援費(i)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		取扱件数が45以上60未満の部分について、居宅介護支援費(ii)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		取扱件数が60以上の部分について、居宅介護支援費(iii)を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
運営基準減算 ※算定の有無にかかわらず、必ず回答してください。 ※運営基準減算は、1月目は所定単位数の100分の50を算定し、2月以上継続の場合は所定単位数を算定できません。	<input checked="" type="checkbox"/>	サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対して、次の①～④について、文書を交付して説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②利用者は居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③前6月間に事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護等(訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		④前6月間に事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の事業者によって提供されたものが占める割合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		居宅サービス計画の新規作成及び変更にあたっては、次の①～③を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②サービス担当者会議の開催等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		次の①～③の場合にサービス担当者会議等を開催していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①居宅サービス計画を新規作成及び変更した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②利用者が要介護更新認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)にあたっては、特段の事情のない限り、次の①～②を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
①介護支援専門員が1月に1回以上利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
②モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
運営基準減算が2月以上継続していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	要点検	点検事項	点検結果		備考
			該当	非該当	
特別地域加算		厚生労働大臣の定める地域に該当しますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	※小松島市は該当なし
中山間地域等における小規模事業所加算		厚生労働大臣の定める地域に所在し、かつ厚生労働大臣が定める施設基準(1月当たりの実利用者人数が20人以下)に該当しますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	※小松島市は該当なし
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	<input type="checkbox"/>	利用者の居住地が厚生労働大臣の定める地域に該当しますか。 通常の事業の実施地域を越えて、指定居宅介護支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※厚生労働省が定める地域については、平成21年厚生労働省告示第83号二を参照
特定事業所集中減算 ※算定の有無にかかわらず、必ず回答してください。	<input checked="" type="checkbox"/>	減算の有無にかかわらず、毎年度2回、次の①～⑤を記載した書類を作成・保存していますか。 ①判定期間(3月1日から8月末日、9月1日から2月末日)における居宅サービス計画の総数 ②訪問介護サービス等(訪問介護、通所介護・地域密着型通所介護、福祉用具貸与)のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数 ③訪問介護サービス等のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名 ④算定方法〔事業所ごとにそれぞれのサービスについて、(紹介率最高法人の居宅サービス計画数)÷(サービスを位置付けた計画数)〕で計算した割合 ⑤算定方法で計算した割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由 80%を超える場合は、減算の有無にかかわらず、市へ届け出ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※作成する書類の様式及び正当な理由の範囲については、小松島市HPを参照
初回加算	<input type="checkbox"/>	次の①～③のいずれかに該当していますか。 ①新規に居宅サービス計画を作成する場合 ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 ③要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)、(A)		特定事業所加算については、4ページの点検事項を確認してください。			※4ページへ
特定事業所医療介護連携加算	<input type="checkbox"/>	退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数が、前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上ありますか。 前々年度の3月から前年度の2月までの間において、ターミナルケアマネジメント加算の算定が5回以上ですか。 算定した月に、特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入院時情報連携加算(Ⅰ)、(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	入院時情報連携加算(Ⅰ)については、入院してから3日以内に必要な情報(入院日、心身の状況、生活環境、サービスの利用状況等)を提供しましたか。 入院時情報連携加算(Ⅱ)については、入院してから4日以上7日以内に必要な情報を提供しましたか。 病院等に情報提供を行った日時、場所、内容、提供手段等について居宅サービス計画等に記録しましたか。 算定回数は、利用者1人につき1月1回としていますか。 他の入院時情報連携加算を算定していませんか。(いずれか1つを算定していますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退院・退所加算(Ⅰ)イ・ロ(Ⅱ)イ・ロ(Ⅲ)	<input type="checkbox"/>	利用者の退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談(テレビ電話装置等の活用可)を行い、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っていますか。(利用開始月に調整を行う場合に限りです。) 算定回数は、入院・入所期間中につき1回としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	要点検	点検事項	点検結果		備考
			該当	非該当	
退院・退所加算 (Ⅰ)イ・□ (Ⅱ)イ・□ (Ⅲ)	□	他の退院・退所加算を算定していませんか。(いずれか1つを算定していますか。)	□	□	
		初回加算は算定していませんか。	□	□	
		利用者又は家族がテレビ電話装置等を活用して行う面談に参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について、利用者又は家族の同意を得ていますか。	□	□	
		退院・退所加算(Ⅰ)イについては、病院等の職員からの情報収集を1回行い、その方法がカンファレンス以外によるものでしたか。	□	□	
		退院・退所加算(Ⅰ)□については、病院等の職員からの情報収集を1回行い、その方法がカンファレンスによるものでしたか。	□	□	
		退院・退所加算(Ⅱ)イについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行い、その方法がカンファレンス以外によるものでしたか。	□	□	
		退院・退所加算(Ⅱ)□については、病院等の職員からの情報収集を2回行い、うち1回以上がカンファレンスによるものでしたか。	□	□	
		退院・退所加算(Ⅲ)については、病院等の職員からの情報収集を3回以上行い、うち1回以上がカンファレンスによるものでしたか。	□	□	
		同一日に必要な情報の提供を複数回受けた又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定していますか。	□	□	
		原則として、退院・退所前に必要な情報を得ていますか。(退院・退所後7日以内に情報を得た場合は算定可)	□	□	
カンファレンスに参加した場合は、日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付していますか。	□	□			
通院時情報連携加算	□	利用者が病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して必要な情報提供を行い、医師等から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録していますか。	□	□	
		算定回数は、利用者1人につき1月に1回としていますか。	□	□	
		同席にあたっては利用者の同意を得ていますか。	□	□	
緊急時等居宅カンファレンス加算	□	病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行いましたか。	□	□	
		算定回数は、利用者1人につき1月に2回以下としていますか。	□	□	
		カンファレンスの実施日、指導日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びカンファレンスの要点を居宅サービス計画等へ記載していますか。	□	□	
		必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応しましたか。	□	□	
ターミナルケアマネジメント加算	□	在宅で死亡した利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者又は家族の同意を得て、居宅を訪問しましたか。(死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等も可)	□	□	
		利用者は末期の悪性腫瘍の患者でしたか。	□	□	
		24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していますか。	□	□	
		利用者の死亡月に算定していますか。	□	□	
		1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所が算定していますか。	□	□	
		ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者又は家族が同意した時点以降は、次の①～②を居宅サービス計画等に記録し、主治の医師及び居宅サービス事業者へ提供しましたか。	□	□	
		①心身又は家族の状況の変化、環境の変化、これらに対して行った支援	□	□	
		②主治の医師、居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録	□	□	
		厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考に、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及び家族と必要な情報の共有等に努めましたか。	□	□	

点検項目	要点検	点検事項	点検結果				備考	
			該当					非該当
			I	II	III	A		
特定事業所加算 (Ⅰ)～ (Ⅲ)、(A)	□	他の特定事業所加算を算定していませんか。(いずれか1つを算定していますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していますか。(次項の介護支援専門員とは別に置く必要があります。)	2名以上 <input type="checkbox"/>	1名以上 <input type="checkbox"/>	1名以上 <input type="checkbox"/>	1名以上 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		常勤かつ専従の介護支援専門員(前項の主任介護支援専門員を除く。)を配置していますか。	3名以上 <input type="checkbox"/>	3名以上 <input type="checkbox"/>	2名以上 <input type="checkbox"/>	1名以上 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		介護支援専門員を常勤換算で1名以上配置していますか。(前々項の主任介護支援専門員、前項の介護支援専門員を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		会議(利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議)を定期的におおむね週1回以上開催していますか。(テレビ電話装置等の活用可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		会議の議題については、次の①～⑥その他必要な事項を議事に含めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		①現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③地域における事業者や活用できる社会資源の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		④保健医療及び福祉に関する諸制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑤ケアマネジメントに関する技術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑥利用者からの苦情があった場合には、その内容及び改善方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		会議の議事については、記録を作成・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していますか。(Aのみ他事業所との連携可。連携する場合には、連携について、利用者又は家族から同意を得ること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～5である者の割合が40%以上ですか。(毎月割合を記録していますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していますか。(Aのみ他事業所との連携可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		研修について、介護支援専門員の資質向上のための研修体系と研修実施のための勤務体制の確保をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		介護支援専門員について、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、その者に指定居宅介護支援を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		自ら積極的に支援困難ケースを受け入れ、そのために常に地域包括支援センターとの連携を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		運営基準減算又は特定事業所集中減算が適用されていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は45名未満)となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		取り扱う利用者数については、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでないよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		介護支援専門員実務研修等に協力又は協力体制を確保していますか。(研修の受入主体との間で受入に同意していることを書面等によって提示できますか。)(Aのみ他事業所との連携可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会等を実施していますか。(Aのみ他事業所との連携可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		他法人との事例検討会等については、内容、実施時期、共同で実施する事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		必要に応じて、インフォーマルサービス等(多様な主体により提供される日常生活全般を支援するサービス)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	