

訪問介護・第1号訪問事業 自主点検表

記入年月日	令和 5 年 4 月 1 日		
法人名	株式会社ブライト		
代表者（理事長）名	代表取締役 植村 崇志		
介護保険事業所番号	2	7	7 5 5 0 7 2 9 2 訪問介護・第1号訪問事業
事業所	名称	在宅介護支援センター榎	
	所在地	大阪府八尾市福万寺町南四丁目1番3号	
記入担当者職・氏名	(職) 管理者 (氏名) 植村崇志	連絡先電話番号	072 - 983 - 6491

□ 自主点検表記載にあたっての留意事項

- (1) チェック項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。
 (2) その他については、具体的に記載してください。

(1) チェック項目

I (基本方針)

項目	内 容	適	不適
1 基本方針	運営方針は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものであるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 基本方針 【第1号訪問事業】	運営方針は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援（緩和：生活援助の支援）を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものであるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II (人員に関する基準)

項目	内 容	適	不適	
1 訪問介護員 R5 年 3 月のサービス提供を行った従業者の資格別人数について、確認する。	常勤換算方式で、2.5名以上か。 (常勤・非常勤合計 <u>5</u> 人：常勤 <u>2</u> 人、非常勤 <u>3</u> 人 常勤換算数 (R5 年 3 月実績) A 非常勤延勤務時間 (130 H) B 常勤者要勤務時間 (184 H/月) A÷B = (0.7 人) 常勤の要勤務時間数は、事業者において定める (就業規則、雇用契約) もので、32 時間を下回る場合は 32 時間とする	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
資格	勤務形態	非常勤 (人) ※登録型は () 内に内数記載		
		常勤 (人)	専従	兼務
	介護福祉士		1	2 ()
	実務者研修修了者			()
	初任者研修修了者			()
	旧訪問介護員 1 級			()
	旧訪問介護員 2 級	1		()
	旧介護職員基礎研修修了者			()
	看護師		1	()
	准看護師			()
合 計				
	サービスの提供は、当該事業所の訪問介護員等の資格を有する従業者が行っているか。 ・ 介護福祉士、訪問介護員養成研修 1~2 級課程を修了した者 ・ 実務者研修修了者、初任者研修修了者 ・ 看護師、准看護師は訪問介護員 1 級相当とみなすことができる。 ・ 介護職員基礎研修修了者。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>2 サービス提供責任者</p>	<p>次の基準を満たす配置となっているか。 利用者の数が 40 人又はその端数を増すごとに 1 人以上の者をサービス提供責任者としているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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サービス提供責任者（平成 24 年厚生労働省告示第 118 号）に定める者（緩和型単独事業所は、市長が指定する研修の修了者を含む。）であって専ら指定訪問介護の職務に従事するものを充てなければならない。 <p>※指定訪問介護の提供に支障が無い場合は、同一敷地内にある指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者が 1 人を超える場合は、原則として、1 人分のみの常勤換算が可能。 ・ サービス提供責任者が 5 人を超える場合は、サービス提供責任者の 2 / 3 以上を常勤職員とする。 ・ 非常勤のサービス提供責任者は、当該事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数の 1 / 2 以上であること。 <p>※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ものを 1 人以上配置しており、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っては、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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	<p>資格は適正であるか。</p> <table border="1" data-bbox="400 696 1265 925"> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">1 人 (常勤 1 人)</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">サービス提供責任者の資格に「○」を記載</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td>介護福祉士</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実務者研修修了者</td> </tr> <tr> <td></td> <td>旧訪問介護員 1 級</td> </tr> <tr> <td></td> <td>旧訪問介護 2 級（実務経験 3 年以上）㊦</td> </tr> <tr> <td></td> <td>初任者研修修了者（実務経験 3 年以上）㊧</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>介護職員基礎研修修了者、看護師、准看護師</td> </tr> </table>	1 人 (常勤 1 人)	サービス提供責任者の資格に「○」を記載	○	介護福祉士		実務者研修修了者		旧訪問介護員 1 級		旧訪問介護 2 級（実務経験 3 年以上）㊦		初任者研修修了者（実務経験 3 年以上）㊧				介護職員基礎研修修了者、看護師、准看護師	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 人 (常勤 1 人)	サービス提供責任者の資格に「○」を記載			○	介護福祉士														
					実務者研修修了者														
					旧訪問介護員 1 級														
					旧訪問介護 2 級（実務経験 3 年以上）㊦														
			初任者研修修了者（実務経験 3 年以上）㊧																
			介護職員基礎研修修了者、看護師、准看護師																
	<p>サービス提供責任者の増員・減員又は交代があった場合には、遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>3 人員に関する基準のみなし規定</p>	<p>指定訪問介護事業者が指定第 1 号訪問事業の指定を併せて受け、かつ、指定訪問介護の事業と指定第 1 号訪問事業の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定第 1 号訪問事業の人員に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができる。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>4 管理者</p>	<p>常勤で専ら当該事業所の管理業務に従事しているか。</p> <p>兼務である場合は、次のとおりであるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 当該指定訪問介護事業所（指定第 1 号訪問事業事業所）の訪問介護員等としての職務に従事する場合 ロ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合 <p>※ この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合などは、管理業務に支障があると考えられる。ただし、施設における勤務時間が極めて限られている職員である場合等、個別に判断の上、例外的に認める場合があっても差し支えない。</p> <table border="1" data-bbox="533 1630 1166 1697"> <tr> <td style="width: 50%;">事業所名</td> <td style="width: 50%;">職名</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	事業所名	職名			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
事業所名	職名																		
	<p>管理者の交代があった場合には、遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

Ⅲ（設備に関する基準）

項 目	内 容	適	不適
1 専用区画	<p>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を設けているか。また、利用申込の受付・相談等に対応できる適切なスペースを確保しているか。</p> <p>○ 事務室・・・従業者数に見合った机・いす等が収容できるスペースが確保されていること。</p> <p>※ 他の事業と共有している場合は、それぞれの事業所ごとに明確に区分されていること。</p> <p>○ 相談室・・・利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保されていること。また、遮へい物の設置（壁、パーテーションによるもののほか、つい立や家具等によるものも可）により、相談内容が漏洩しないように配慮されたものであること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>専用区画に変更がある場合（指定申請時点及びその後に変更届出が提出されている場合はその時点）遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 設備及び備品等	<p>手指を洗浄するための設備等を備えるなど、感染症予防に必要な対策を行っているか。設備及び備品等について、衛生的な管理を行うための措置を行っているか。</p> <p>※ 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものになっているか。（扉が透明でないもの、施錠かのようなもの等）</p> <p>※ 訪問に際して携行するもの（ガーゼ等の衛生材料、消毒薬、ディスポーザブルの手袋など）</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 設備に関する基準のみなし規定	<p>指定訪問介護事業者が指定第1号訪問事業の指定を併せて受け、かつ、指定訪問介護の事業と指定第1号訪問事業の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定第1号訪問事業の設備に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができる。（その逆も同様。）</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV（運営に関する基準）

項目	内容	適	不適																									
<p>1 内容及び手続の説明及び同意</p>	<p>サービスの提供開始前に、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行っているか。</p>	☑	☐																									
	<p>サービスの内容及び利用料金等について利用者の同意を得ているか。</p>	☑	☐																									
	<p>重要事項説明書には利用者が理解したことについて署名・捺印を受けているか。</p>	☑	☐																									
	<p>契約書・重要事項説明書の内容は、適切であるか。 重要事項説明書と運営規程間で内容（営業日時、通常の事業の実施地域など）が相違していないか。</p> <p>重要事項説明書には、利用申込者がサービスを選択するために重要な事項を記載しているか。 （重要事項記載事項）</p> <table border="1" data-bbox="421 533 1214 1133"> <tr> <td>事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先など）</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービスの内容及び提供方法など）</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>管理者氏名及び従業員の勤務体制</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>提供するサービスの内容及びその料金について</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>その他費用（交通費など）について</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>利用料、その他費用の請求及び支払い方法について</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>緊急発生時の対応方法及び連絡先</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額のめやすなど）（居宅除く）</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>※高齢者の虐待防止に関する項目</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>※「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」より</p>	事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先など）	有・無	運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービスの内容及び提供方法など）	有・無	管理者氏名及び従業員の勤務体制	有・無	提供するサービスの内容及びその料金について	有・無	その他費用（交通費など）について	有・無	利用料、その他費用の請求及び支払い方法について	有・無	秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について	有・無	事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）	有・無	緊急発生時の対応方法及び連絡先	有・無	苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）	有・無	サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額のめやすなど）（居宅除く）	有・無	事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄	有・無	※高齢者の虐待防止に関する項目	有・無	☑
事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先など）	有・無																											
運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービスの内容及び提供方法など）	有・無																											
管理者氏名及び従業員の勤務体制	有・無																											
提供するサービスの内容及びその料金について	有・無																											
その他費用（交通費など）について	有・無																											
利用料、その他費用の請求及び支払い方法について	有・無																											
秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について	有・無																											
事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）	有・無																											
緊急発生時の対応方法及び連絡先	有・無																											
苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）	有・無																											
サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額のめやすなど）（居宅除く）	有・無																											
事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄	有・無																											
※高齢者の虐待防止に関する項目	有・無																											
	<p>サービスの提供開始について、利用者と契約書を交わしているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約の内容は、不当に利用者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていないか。 <p>上記の契約書の当事者名等の欄は、次のとおりとしているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者側……法人所在地・法人名称・法人代表者（職・氏名）を記載の上、法人代表者印を押印 ・ 利用者側……利用者（又は代理人）住所・氏名を記載の上、私印（認印可）押印 	☑	☐																									
<p>2 サービス提供拒否の禁止</p>	<p>正当な理由なくサービス提供を拒否していないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護（要支援）度や所得の多寡等を理由にサービスの提供を拒否していないか。 <p>（提供を拒むことのできる正当な理由）</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難な場合である。 <table border="1" data-bbox="421 1686 1241 2029"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ MRSA（黄色ブドウ球菌、抗生物質が効かない。）、B型肝炎等の感染症のキャリアであることのみをもってサービス提供を拒否していませんか。 ・ 利用者が特定のサービス行為以外の訪問介護サービスの利用を希望すること（「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号）の1→“身体介護”のみを提供する事業所において、“生活援助”の提供を求められた場合及び介護保険の“生活援助”の範囲に含まれないと考えられる事例のように、保険給付として適切な範囲を逸脱したサービス提供を求められた場合等を除きます。）をもって拒否していませんか。 ・ 正当な理由により、サービス提供を拒否した場合にあっては、その内容について記録していますか。 受付日、利用申込者住所・氏名（可能な限り）、拒否をした理由、その他⇒申込み受付票、業務日誌など記録する様式は問いませんが、拒否したことの正当性を明らかにしておくため、記録することが望ましい。 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・ MRSA（黄色ブドウ球菌、抗生物質が効かない。）、B型肝炎等の感染症のキャリアであることのみをもってサービス提供を拒否していませんか。 ・ 利用者が特定のサービス行為以外の訪問介護サービスの利用を希望すること（「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号）の1→“身体介護”のみを提供する事業所において、“生活援助”の提供を求められた場合及び介護保険の“生活援助”の範囲に含まれないと考えられる事例のように、保険給付として適切な範囲を逸脱したサービス提供を求められた場合等を除きます。）をもって拒否していませんか。 ・ 正当な理由により、サービス提供を拒否した場合にあっては、その内容について記録していますか。 受付日、利用申込者住所・氏名（可能な限り）、拒否をした理由、その他⇒申込み受付票、業務日誌など記録する様式は問いませんが、拒否したことの正当性を明らかにしておくため、記録することが望ましい。 	☑	☐																								
<ul style="list-style-type: none"> ・ MRSA（黄色ブドウ球菌、抗生物質が効かない。）、B型肝炎等の感染症のキャリアであることのみをもってサービス提供を拒否していませんか。 ・ 利用者が特定のサービス行為以外の訪問介護サービスの利用を希望すること（「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号）の1→“身体介護”のみを提供する事業所において、“生活援助”の提供を求められた場合及び介護保険の“生活援助”の範囲に含まれないと考えられる事例のように、保険給付として適切な範囲を逸脱したサービス提供を求められた場合等を除きます。）をもって拒否していませんか。 ・ 正当な理由により、サービス提供を拒否した場合にあっては、その内容について記録していますか。 受付日、利用申込者住所・氏名（可能な限り）、拒否をした理由、その他⇒申込み受付票、業務日誌など記録する様式は問いませんが、拒否したことの正当性を明らかにしておくため、記録することが望ましい。 																												

3 サービス提供困難時の対応	サービス提供が困難な場合、他の事業者の紹介や居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者等）への連絡を速やかに行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	利用申込者の被保険者証で、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認しているか。 (確認の具体的な方法：)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供を行うに際し、その意見を考慮しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定等の申請に係る援助	利用申込者が要介護認定等を受けていない場合に、要介護認定申請のために必要な援助を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有効期間が終了する30日前には要介護認定（要支援認定等）の更新申請が行われるように必要な援助を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身の状況等の把握	利用者の心身の状況や置かれている環境、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向け、サービス担当者会議等を通じ、情報の収集・交換を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者等その他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るか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 居宅介護支援事業者等との連携	サービスの終了に際しては、居宅介護支援事業者等その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスを受けるための援助	サービス提供開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合には、居宅サービス計画に沿ったサービス提供をしているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合（利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、居宅サービス計画の変更が必要となった場合を含む。）は、居宅介護支援事業者等への連絡その他の必要な援助（支給限度額の範囲内で居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明など）を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 身分を証する書類の携行	従業者に身分証明証（事業所の名称、訪問介護員等の氏名、写真、職種を記載したもの）や名札を携行させ、初回訪問時及び相手方の申し出により提示するよう指導しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 サービス提供の記録	利用者、事業者の双方が、サービス提供実績等の確認を行えるよう、また、利用者の心身の状況等把握したことについて、今後のサービス提供に活かすため、記録をとっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	記録には、次の内容が記載されているか。 ・ サービス提供日、提供時間（通院等介助における移送時間及び医療機関内での待ち時間は除く。）、具体的なサービス内容（例えば、身体介護、生活援助、通院等のための乗車又は降車の介助の別及び施行した業務など）、提供者の氏名等、利用者の心身の状況等 ※ サービス提供時間は訪問介護計画等の時間ではなく、実際の時間を記録して下さい。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者からの申し出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を提供しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対するサービス提供に関する諸記録を（利用者ごとに記録簿を作成して）整備し、そのサービスを提供した日の属する年度の翌年度の4月1日から5年間保存しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 利用料等の受領	利用者負担として、利用者の負担割合に応じた額の支払を受けているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用料に法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した場合とそれ以外の場合との間で不合理な差額を生じさせていないか。 ※ なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。 イ 利用者に当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。 ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。 ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通常の事業実施地域内でサービス提供を行う場合、交通費の支払を受けていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の選定により通常の事業実施地域外でサービス提供を行う場合、それに要した交通費の額以外の支払を受けていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の選定により通常の事業実施地域外でサービス提供を行う場合、それに要した交通費の支払いについて、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、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るか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供したサービスの内容、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を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 領収証の交付	利用料等の支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	領収証には、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険給付対象額のうち、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。 ※平成12年6月12日厚生省事務連絡「介護保険制度下での指定介護老人福祉施設の施設サービス及び居宅サービスの対価に係る医療費控除の取り扱いについて」参照	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	償還払いとなる利用者に対しサービス提供証明書の交付を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 取扱方針	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止（利用者の介護予防）に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定訪問介護の提供に当たっては、訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	懇切丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、サービス提供方法等を利用者又はその家族に分かりやすく説明しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護技術の進歩に対応した適切なサービスを提供しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供された介護サービスについては、目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うとともに、訪問介護計画の修正を行うなど、その改善を図らなければならないものであること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常に利用者の心身の状況等を把握し、利用者又はその家族に対して適切な相談及び助言を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(第1号訪問事業)	介護予防サービス計画等が作成されている場合は、当該介護予防サービス計画等に沿ったサービスを提供しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけを行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者は、訪問介護予防サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービス提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者等に報告しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者は、訪問型介護予防サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者等へ報告しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(質の評価)	提供するサービスの質について、自己評価とそれに基づく改善を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 訪問介護計画の作成	居宅サービス計画に沿った内容となっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	作成後も必要に応じて見直しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容の計画となっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者は、計画の作成に当たって、利用者又はその家族に対し、その内容を説明し、利用者の同意を得ているか。また、作成後は当該計画を利用者に交付しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者は、他の訪問介護員等の行うサービスが訪問介護計画に沿って実施されているかについて把握するとともに、助言、指導等必要な管理を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問介護計画の提供の求めがあった際には、当該訪問介護計画を提供することに協力しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	記録は整備し、計画完了の日の属する年度の翌年度の4月1日から5年間保存しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(計画の変更)	サービス提供責任者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて計画の変更を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスを実際に行った時間が標準的な時間に比べ著しく短時間となっている状態が続く場合（具体的には、介護報酬の算定に当たっての時間区分を下回る状態（例えば、身体介護中心型において、標準的な時間は45分、実績は20分の場合）が1カ月以上継続する等、常態化している場合等）には、サービス提供責任者に、介護支援専門員と調整の上、訪問介護計画の見直しを行わせているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 同居家族に対するサービス提供の禁止	訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供を行わせていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 利用者に関する市町村への通知	利用者について、次のいずれかに該当する状況が生じたことがあったか。 ① 正当な理由なしに指定訪問介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護（要支援）状態等の程度を増進させたと認められるとき（又は要介護状態になったと認められるとき）。 ② 偽りその他不正な行為によって保険給付（第1号事業支給費の支給）を受け、又は受けようとしたとき。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の状況があった場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知したか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 緊急時等の対応	サービス提供中に、利用者の病状急変やその他の必要な場合には、運営規程に定める緊急時の対応に従い、主治医への連絡等の適切な措置をとっているか。 措置の具体的内容：	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 管理者の責務	管理者は、当該事業所の従業者及び業務の管理を、一元的に行っているか。 管理者は、当該事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 サービス提供責任者等の業務 (サービス提供責任者)	サービスの利用の申込みに係る調整を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業者等に対し、サービスの提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者等と連携を図っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問介護員等の業務の実施状況を把握しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問介護員等に対する研修、技術的指導等を実施しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対して適切な訪問介護サービスを提供するために重要な役割を果たすことにかんがみ、その業務を画一的にとらえるのではなく、訪問介護事業所（訪問型生活援助サービス事業所）の状況や実施体制に応じて適切かつ柔軟に業務を実施するよう留意するとともに、常に必要な知識の修得及び能力の向上に努めているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(訪問介護員)	サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者から利用者の具体的な援助目標及び援助内容の指示を受けるとともに、利用者の状況について、情報伝達を受けているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 運営規程	<p>運営規程には、次の事項が定められているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業の目的及び運営方針 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ 従業者の職種、員数及び職務の内容 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ 営業日及び営業時間 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ サービス内容及び利用料その他費用の額 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ 通常の事業の実施地域 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ 緊急時等における対応方法 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ・ 虐待防止に関する条項 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) ※変更届不要 ・ その他運営に関する重要事項 (<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無) <p>※ サービス内容(緩和を除く) 「サービス内容」とは、身体介護、生活援助等のサービスの内容を指すものであること。</p> <p>※ 利用料その他の費用の額 「利用料」としては、法定代理受領サービスである指定訪問介護(指定第1号訪問事業)に係る利用料(負担割合に応じた額)及び法定代理受領サービスでない指定訪問介護(指定第1号訪問事業)の利用料を、「その他の費用の額」としては、基準第20条第3項(要綱第20条第3項)により徴収が認められている交通費の額及び必要に応じてその他のサービスに係る費用の額を規定するものであること。</p> <p>※ 通常の事業の実施地域 通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとする。なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではないものであること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 介護等の総合的な提供	<p>事業の運営に当たって、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しているか。また、特定の援助に偏っていないか。</p> <p>※ サービス提供の実績から特定のサービス行為に偏っていることが明らかでない限り、事業運営の方針、広告、従業者の勤務体制、当該事業者の行う他の事業との関係等の事業運営全般から判断して、特定のサービス行為に偏ることが明らかであれば、本条に抵触することとなる。</p> <p>なお「偏っている」とは、特定のサービス行為のみを専ら行うことはもちろん、特定のサービス行為に係るサービス提供時間が月単位等一定期間中のサービス提供時間の大半を占めていれば、これに該当するものである。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 勤務体制の確保	<p>利用者に対し適切な指定訪問介護を提供できるよう、事業所ごとに、訪問介護員等の勤務の体制を定めているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所ごとに、当該事業所の訪問介護員等によってサービスを提供しているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所ごとに、管理者を含めて、原則として月ごとの勤務表を作成し、訪問介護員等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、兼務関係、サービス提供責任者である旨等を明確にしているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(研修機会の確保)	<p>従業者の資質向上のため、計画的な研修を実施しているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 衛生管理等	<p>従業者の清潔保持、健康状態の管理や設備、備品の衛生管理を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業者は訪問介護員等が感染源となることを予防し、また訪問介護員等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じているか。</p> <p>対策の具体的内容：手洗い・うがい・検温の徹底</p> <p>{ }</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 掲 示	<p>事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者（訪問介護員等）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るか。</p> <p>※ 掲示すべき内容（項目は重要事項説明書と同じ）</p> <p>① 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、サービス提供方法など）</p> <p>② 従業者の勤務体制</p> <p>③ 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について</p> <p>④ 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）</p> <p>⑤ 苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 秘密保持等	<p>従業者は業務上知り得た利用者等の秘密を漏らしていないか。</p> <p>従業者は業務上知り得た利用者等の秘密を漏らさぬよう必要な措置を講じているか。</p> <p>※ 事業者は、当該事業所の訪問介護員等その他の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決めておくなどの措置を講じているか。</p> <p>※ 従業員の在職中及び退職後の秘密保持のため、就業規則、雇用契約、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われているか。</p> <p>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るか。</p> <p>（同意書様式：<input checked="" type="checkbox"/> 無、利用者：<input checked="" type="checkbox"/> 無、利用者の家族：<input checked="" type="checkbox"/> 無）</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 広 告	<p>内容が虚偽又は誇大なものになっていないか。</p> <p>新聞（折込広告を含む）・ラジオ・テレビ・ダイレクトメール・屋外広告物（看板・のぼり・横断幕・懸垂幕・アドバルーン・社内吊広告など）・インターネット・パンフレット ほか</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 不当な働きかけの禁止	<p>居宅サービス計画（介護予防ケアプラン等）の作成又は変更に関し、指定居宅介護支援事業所（介護予防支援事業者等）の介護支援専門員又は利用者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることその他の不当な働きかけを行っていないか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者等）に対する利益供与の禁止	<p>居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者等）又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 苦情処理	<p>苦情処理の体制の概要を明らかにし、文書で利用者又はその家族に示し、事業所内にも掲示しているか。</p> <p>※ 「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。</p> <p>苦情があった場合には、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録しているか。また、記録は、整備し、そのサービスを提供した日の属する年度の翌年度の4月1日から5年間保存しているか。</p> <p>苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行っているか。</p> <p>市町村及び国保連から指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行っているか。また、改善内容について求めがあった場合には、報告を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(地域との連携)	<p>提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33 事故発生時の対応	サービス提供時に事故が発生した場合、事故に対応した適切な処置をとるとともに、利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業者等に連絡を行うなどの体制をとっているか。 ・ 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ事業者が定めておくことが望ましいこと。 ・ 事業者は、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ること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	記録は、整備し、そのサービスを提供した日の属する年度の翌年度の4月1日から5年間保存しているか。 事故・ひやりはっと事例報告に係る様式が作成されているか。又は事故・ひやりはっと事例報告に係る様式に記録されているか。その記録を保存しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険加入、賠償金の積み立てを行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 高齢者虐待の防止	従事者による利用者への虐待を行っていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	研修の機会の確保など従業員に対して高齢者虐待防止のための措置を講じているか。 (措置の具体的な内容： 研修の機会の確保)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 会計の区分	事業所ごとに区分するとともに、他の事業と区分して会計処理しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 記録の整備	事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 変更届出の手続	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出提出しているか。 ※ 変更した日から10日以内に提出すること。 具体的な事項：本社に総務を配置し、適時管理している 〔)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V (業務管理体制の整備)

項目	内容	適	不適
1 業務管理体制整備に係る届出書の提出	事業者(法人)において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出しているか。 ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】 法令遵守責任者の届出 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 所属・職名 代表取締役 _____ 氏名 植村 崇志 _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 法令遵守規程の整備 【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】 ①に加えて、規程の概要の届出 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 ③ 業務執行の状況の監査の定期的な実施 【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】 ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出事項に変更があるときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。 ※ 事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、届出が必要	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ているか。 ※所管庁(届出先) ◎指定事業所又は施設が3以上の都道府県に所在する場合・・・厚生労働大臣 ◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在する事業所で、府に法人本部が所在する場合・・・大阪府知事 ◎地域密着型サービス(介護予防含む)のみを行う事業者で、すべての指定事業所が同一市町村内に所在する事業者・・・市町村長(介護保険担当課) 《注》その他、大阪府知事への届出 ・1つの地方厚生局の管轄区域にある場合 ・2つの地方厚生局の管轄区域にまたがる場合	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI (痰吸引及び経管栄養関係)

項目	内容	適	不適
介護職員によるたん吸引等の取扱い	(1) 看護職員との連携のもと、介護職員によるたん吸引等を実施しているか。 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護職員によるたん吸引等を実施している場合、登録特定行為事業者としての登録をしているか。(<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無) ※登録している場合は以下の書類があるか。 ①登録番号のわかる書類(登録特定行為事業者登録の受理通知) ②認定特定行為業務従事者認定を受けた介護職員の名簿 ③上記②の介護職員についての認定証(原本又は写し) ※②と③の不一致があれば、登録特定行為事業者登録の変更、認定特定行為業務従事者の追加認定申請等が必要な場合有。 <u>注 経管栄養の場合、届出がない場合は即中止すること。なおその後は、医療従事者に引き継ぐこと</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されているか。(属する年度の翌年度4月から5年間) ・本人の同意書 (<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無) ・主治医からの指示書 (<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無) ・個別具体的な計画及び技術の手順書(マニュアル等の作成) (<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無) ・実施状況報告書 (<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無) ・ヒヤリ・ハット報告書 (<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 業務を実施するにあたり、医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会が設置され年2回以上開催されていること。 ・議事録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されているか(緊急連絡網の整備や関係機関の連絡先の把握をしているか)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅶ-1 (介護給付費関係-訪問介護費)

項目	内 容	適	不適
1 介護給付費単位 イ 居宅サービス計画 ロ 訪問介護計画 ハ サービス提供に関する記録・日誌等	<p>所定の単位数で算定しているか。</p> <p>1 訪問介護費</p> <p>イ 身体介護が中心である場合</p> <p>(1) 所要時間 20 分未満の場合 166 単位</p> <p>(2) 所要時間 20 分以上 30 分未満の場合 249 単位</p> <p>(3) 所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合 395 単位</p> <p>(4) 所要時間 1 時間以上の場合 575 単位に所要時間 1 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 83 単位を加算した単位数</p> <p>ロ 生活援助が中心である場合</p> <p>(1) 所要時間 20 分以上 45 分未満の場合 182 単位</p> <p>(2) 所要時間 45 分以上の場合 224 単位</p> <p>ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 98 単位</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・20分未満体制に関する届出書	<p>所要時間 20 分未満の身体介護が中心であって、かつ、地域密着型サービスの定期巡回・随時対応型訪問介護看護者の指定を併せて受け又は指定を受けていないが実施の意思があり計画を策定している（要介護 3~5 に限る）、一体的に事業を実施し、利用者又はその家族等から電話等による連絡があった場合に、常時対応できる体制にある場合、定期巡回・随時対応型介護看護費の当該利用者の要介護状態区分に応じた所定単位数を限度として、算定しているか。</p> <p>※利用対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護 1 から要介護 2 の者であって日常生活に対する注意を必要とする認知症の利用者又は要介護 3 から要介護 5 のものであって障がい高齢者の日常生活自立度ランク B~C の方 ・当該利用者に係るサービス担当者会議が 3 月に 1 度以上開催されており、当該会議において、1 週間のうち 5 日以上、頻回の訪問を含む 20 分未満の身体介護が必要と認められた方 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>所定の単位数で算定しているか。</p> <p>特に、所要時間 45 分以上の生活援助のサービスについては、一律 224 単位で算定しているか。</p> <p>※前回の改正で生活援助中心型の 45 分以上の報酬額が定額となっており、生活援助中心型については、訪問介護計画などで決められた時間が、1 時間以上であったとしても、さらに加算されることはなく、定額の報酬が支払われることになる。ただし、これは必要なサービス量の上限を付したわけではなく、ケアプランや訪問介護計画に基づく必要な量のサービスを提供することが必要であるのは、従前どおりである。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 端数処理	<p>単位数算定の際の端数処理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っているか。 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>金額換算の際の端数処理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 算定された単位数から金額に換算する際に生ずる 1 円未満（小数点以下）の端数があるときは、端数を切り捨てているか。 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 所要時間の取扱い ・居宅サービス計画	<p>所要時間の算定は、サービス提供に現に要した時間ではなく、計画に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間で行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 身体介護中心型の算定 ・居宅サービス計画 ・訪問介護計画 ・サービス提供に関する記録・日誌等	<p>身体介護中心型の算定は、身体介護（利用者の身体に直接接触して行う介助並びにこれを行うために必要な準備及び後始末並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助をいう。）が中心である場合に行っているか。</p> <p>「身体介護」は、次のいずれかとしているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 動作介護（比較的手間のかからない介護） …体位変換、移動介助、移乗介助、起床介助、就寝介助、水分補給など ・ 身の回り介護（ある程度手間のかかる介護） …排泄介助、部分清拭、部分浴介助、整容介助、更衣介助など ・ 生活介護（相当手間がかかる介護） …食事介助、全身清拭、全身浴介助など 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適
11 早朝・夜間・深夜加算 ・ 居宅サービス計画 ・ 訪問介護計画 ・ サービス提供に関する記録及び日誌等	早朝・夜間(100分の25)・深夜加算(100分の50)は、サービス提供の開始時刻が加算の対象の時間帯にある場合に算定しているか。 ○ 早朝…午前6時から午前8時、夜間…午後6時から午後10時 ○ 深夜…午後10時から午前6時 加算の対象となる時間帯におけるサービス提供時間が全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合において算定していないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 サービス種類相互の算定関係	利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、若しくは複合型サービスを受けている間は、訪問介護費を算定していないか。 (ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている利用者に対して、通院等乗降介助を行った場合は算定する。)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定していないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 特定事業所加算 ○ 特定事業所加算に関する届出書 ○ 研修記録 ○ 健康診断記録 ○ 会議録 【体制要件】 ○ サービス提供に関する記録及び日誌等 ・ 重要事項説明書	・ 特定事業所加算(Ⅰ)の場合 所定単位数の100分の20に相当する単位数を加算しているか。 (1)～(7)のいずれにも適合する場合	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	(1) 全てのヘルパー(登録含む)に対し、個別の研修計画を作成し、これに基づく研修を実施又は予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	(2) ①利用者の情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又はヘルパーの技術指導を目的とした会議を定期的で開催しているか。また、会議の開催状況について、その概要を記録しているか。少なくともおおむね1月に1回以上開催しているか。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はないが、全てのヘルパーが参加するものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	②サービス提供に当たって、サービス提供責任者が、ヘルパーに対し利用者の情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等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、ヘルパーから報告を受けているか。また、サービス提供責任者は、ヘルパーから報告を受けるサービス提供終了後の報告内容について、文書にて記録を保存しているか。 ※ 留意事項 少なくとも次に掲げる事項はその動向を含めて記載しているか。 ○ 利用者のADLや意欲の状況 ○ 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ○ 家族を含む環境 ○ 前回のサービス提供時の状況 ○ その他サービス提供に当たって必要な事項 ※ 「前回のサービス提供時の状況」を除く事項については、変更があった場合にのみ記載することで足りるものとする。 ※ 「 <u>文書等確実な方法</u> 」とは、直接面接しながら文書を手交する方法のほか、ファックス、メール等によることも可能であること。また、訪問介護員等から適宜受けるサービス提供終了後の報告内容について、サービス提供責任者は、文書にて記録を保存しなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	(3) すべてのヘルパー(登録含む)に対し、健康診断等を定期的実施しているか。 ※ 労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しないヘルパーも含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(4) 緊急時における対応方法の明示をしているか。 ※ 当該事業所における緊急時等の対応方針、緊急時の連絡先及び対応可能時間等を記載した文書を利用者に交付し、説明を行うものとする。なお、交付すべき文書については、重要事項説明書等に当該内容の記載を明記することをもって足りるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

項目	内容	適	不適
【人材要件】	(5) ヘルパーの総数のうち、介護福祉士の占める割合が30%以上、又は介護福祉士・実務者研修修了者・旧介護職員基礎研修課程修了者・旧1級課程修了者の合計が50%以上であること。		
【重度要介護者等対応要件】	① 訪問介護員等の総数	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	② ①のうち介護福祉士の総数		
	③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数		
	(6) すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は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級課程修了者であること。ただし、居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。 (7) 前年度又は前3ヶ月の利用者数のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が20%以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	○ 特定事業所加算（Ⅱ）の場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算しているか。 ◇ (1)～(4)かつ(5)に適合する場合 もしくは ◇ (1)～(4)かつ(6)に適合する場合	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	○ 特定事業所加算（Ⅲ）の場合 所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算しているか。 ◇ (1)～(4)及び(7)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	○ 特定事業所加算（Ⅳ）の場合 所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算しているか。 ◇ (2)～(4)及び以下の基準のいずれにも適合するか。 ①すべ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、これに基づく研修を実施又は予定しているか。 ②配置が必要なサービス提供責任者が2人以下の事業所（利用者が80人以下）であって、サービス提供責任者をすべて常勤で配置し、かつ必要なサービス提供責任者の人数を1人以上、上回っているか。 ③前年度又は前3ヶ月の利用者数のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が60%以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14 緊急時訪問介護加算	利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたとときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等は居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合、1回につき100単位を加算しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 居宅サービス計画 ○ 訪問介護計画 ○ サービス提供に関する記録及び日誌等	当該加算は、利用者又はその家族からの要請を受けてから24時間以内にサービス提供を行った場合に算定しているか。また、当該加算は、1回の要請に対して1回を限度として算定しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の対象となるサービスの提供を行った場合は、要請のあった時間、要請の内容、サービスの提供時刻及び緊急時訪問介護加算の対象である旨をサービス提供記録に記載しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の対象となる訪問介護の内容が、安否確認・健康チェック等の場合又はヘルパーの訪問時に利用者の状態が急変した際の要請について加算の対象としないか。 ※ その他参考 ・当該加算の対象は、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急の身体介護に限られる。 ・当該加算の算定にあたっては、事前に介護支援専門員の必要性が認められる場合を原則とするが、やむを得ない場合には、事後に介護支援専門員によって当該訪問介護（身体介護）が必要であったと判断された場合に限り当該加算を算定することができる。 ・当該加算の対象となる訪問介護（身体介護）の所要時間については、サービス提供責任者と介護支援専門員が連携を図った上で、介護支援専門員が判断する。なお、介護支援専門員が実際に行われた訪問介護の内容を考慮して所要時間を変更することは差し支えない。 ・当該加算の対象となる訪問介護（身体介護）は、所要時間20分未満であっても、所要時間20分未満の身体介護中心型の所定単位数が算定できる。 ・当該加算の対象となる訪問介護（身体介護）は、当該加算の対象となる訪問介護とその前後に行われた訪問介護の間隔が2時間未満であっても、一連のサービス提供として所要時間を合算する必要はなく、それぞれの所要時間に応じた所要単位数を算定できる。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合であるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の算定にあたっては、サービス提供責任者が初回又は同月内に利用者の居宅を訪問又は他の訪問介護員に同行し、その記録をサービス提供記録に記載してあるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の対象は、過去2ヶ月間(暦日)に当該訪問介護事業所からサービス提供を受けていない場合に算定されているか。【例えば、4月15日に利用者当該訪問介護事業所がサービス提供を行った場合、初回加算が算定できるのは、同年の2月1日以降に当該事業所からサービス提供を行っていない場合となる。】 ※ その他参考 ・当該加算は、同一の利用者が複数の訪問介護事業所からサービス提供を受けている場合、同一月内で複数の訪問介護事業所で算定できる。 ・当該加算は、一体的に運営する介護予防訪問介護のサービスを受けていた利用者が要支援から要介護になった場合でも、一体的に運営する当該訪問介護事業所において算定できる。(その逆もまた同じ。) ・サービス提供責任者が同行した場合は、訪問介護に要する時間を通じて滞在することは必ずしも必要でなく、利用者の状況等を確認した上で、途中で現場を離れた場合であっても、算定できる。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算 (I) 下記の要件を満たす場合に、初回の指定訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1回につき100単位を加算しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る)の理学療法士等(医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)の助言に基づき、生活機能の向上を目的として訪問介護計画を作成し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行った場合。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①「生活機能の向上を目的とした訪問介護計画」とは利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善の可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定訪問介護の内容を定めたものとなっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②訪問介護計画には、次に掲げる内容等を記載しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ア 生活機能アセスメントの結果	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ウ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3ヶ月を目標とする達成目標	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エ ウの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	オ ウ及びエの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ウ及びエの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定しているか。 ※ 利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作(立位又は座位の保持等)の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。計画作成から3ヶ月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び医師等に報告しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ サービス提供責任者は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上での助言を受け、その助言に基づき、①の介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3ヶ月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に定期的に報告しているか。 ※ ADL…寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等 IADL…調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

④ 上記 ADL 及び IADL については指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握するか、サービス提供責任者と連携し ICT を活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、助言を受けているか。 ※ICT を活用する場合、利用者の状況を適切に把握できるよう理学療法士等とサービス提供責任者は事前に方法等を調整すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供責任者は④の助言に基づき、生活機能アセスメント（現在の状況及びその改善の可能性の評価）を行った上で、①の訪問介護計画の作成を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問介護計画には④の助言の内容を記載しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①の訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した初回の月に限り算定しているか。 ※ ③の助言に基づき訪問介護計画を見直した場合に算定は可能であるが、利用者の急性増悪等により訪問介護計画を見直した場合を除き、①の訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活機能向上連携加算（Ⅱ） 下記の要件を満たす場合に、初回の指定訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき200単位を加算しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等（医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該理学療法士等と利用者の状況等の評価を共同して行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合であって、当該理学療法士等と連携し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行った場合。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定していないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 「生活機能の向上を目的とした訪問介護計画」とは利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定訪問介護の内容を定めたものとなっているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② ①の訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する、又は当該理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、当該利用者の ADL 及び IADL に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、生活機能アセスメントを行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ ②の計画には、次に掲げる内容等を記載しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ア 生活機能アセスメントの結果	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3ヶ月を目途とする達成目標	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ ウの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ ウ及びエの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>③のウ及びエの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定しているか。</p> <p>※ 利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>④ 本加算は②の評価に基づき、①の訪問介護計画に基づき提供された初回の訪問介護の提供日が属する月以降3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて算定しようとする場合は、再度②の評価に基づき訪問介護計画を見直しているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑤ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③のウの達成目標を踏まえた適切な対応を行っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(訪問介護の例)	<p>①の訪問介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定訪問介護の内容としては、次のようなものが考えられる。</p> <p>(例) 達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する(1月目、2月目の目標として座位の保持時間)」を設定。</p> <p>(1月目) 訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。</p> <p>(2月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。</p> <p>(3月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う(訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う)。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(訪問型サービスの例)	<p>④の訪問型サービス個別計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う予防訪問事業の具体的な内容は、次のようなものが考えられる。</p> <p>(例) 転倒の不安から閉じこもりがちになり、次第に生活機能が低下し家事の遂行が困難となった利用者に対し、予防訪問事業において「浴室とトイレの掃除を週1回、自分で行うことができること」を達成目標に設定した場合。</p> <p>(1月目) 利用者が、週に1回、浴室の床掃除とトイレの床掃除を行うことを目標にする。訪問介護員等は、利用者が安全に浴室とトイレの床掃除を行うことができるよう見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が1人で困難な部分について支援を行う。次に、掃除終了後に、床掃除に必要なしゃがみこむ動作や床からの立ち上がり動作を安定して行うことができるよう反復練習や体操の時間を設け、利用者と一緒に進行。</p> <p>(2月目) 利用者が、浴室の床と浴槽をそれぞれ隔週で、かつトイレの床及び便器を週に1回行うことを目標にする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が1人で困難な部分について支援を行う。併せて、前月に引き続き、掃除の動作に必要な体操を利用者と一緒に行う。</p> <p>(3月目) 利用者が、週に1回、浴室の床及び浴槽、トイレの床及び便器の掃除を行うことを目標とする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行う。併せて、当初から実施している体操を引き続き利用者と一緒に進行。さらに、4月日以降から、見守りを必要とせずに安全に行うことを想定して、注意が必要な点や工夫等についてわかりやすく記載したものを壁に掲示する等の準備を行う。(例えば、手が届きにくくバランスを崩しやすい箇所やその際の動作上の注意点等)</p> <p>なお、利用者の動作の安定に伴い、見守りの度合いは低減するため、他の援助内容を並行して行うことも可能である。(例えば、2月日以降は、利用者が掃除を行っている間に、訪問介護員は動作の見守りと並行して調理等を行う等。)</p> <p>また、利用者の状況に応じて簡単な動作から複雑な動作へと適切な段階づけを行い、それぞれの動作を安全に行うために必要な体操等を行うことにより、利用者が確実に動作を行うことができるよう支援すること。(例えば、浴槽の縁をまたぐ動作を安全に行うために、片足立ちバランスや姿勢保持に必要な筋力強化の体操を取り入れる等。)</p> <p>また、期間を通じて、利用者が達成感を得られるよう、訪問介護員等と共に記録する日誌の作成や本人が毎日行う体操メニューを理学療法士等と共同して用意し、本人との会話や日誌を通じて把握するとともに、利用者の変化をフィードバックしながら、定着に向けて利用者の意欲が高まるようはたらきかけること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>17 介護職員処遇改善加算 【訪問型サービス同様】</p> <p>○ 介護職員処遇改善加算届出書</p> <p>○ 介護職員処遇改善加算計画書</p> <p>○ キャリアパス要件等届出書</p> <p>○ 介護職員処遇改善加算実績報告書</p> <p>○ 労働保険納付書類 研修記録</p>	<p>● 介護職員処遇改善加算</p> <p>(1) 介護職員処遇改善加算(I) キャリアパス要件I 又及びキャリアパス要件II 及びIII と職場環境等要件を満たす(平成27年4月以降実施する取組) 月額3万7千円相当の加算</p> <p>(2) 介護職員処遇改善加算(II) キャリアパス要件I 又及びキャリアパス要件II と職場環境等要件を満たす(平成27年4月以降実施する取組) 月額2万7千円相当の加算</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算(III) キャリアパス要件I 又はキャリアパス要件II と職場環境等要件を満たす。月額1万5千円相当の加算</p> <p>(4) 介護職員処遇改善加算(IV) キャリアパス要件I、キャリアパス要件II、職場環境等要件の何れかを満たす。これにより算定した単位数の100分の90に相当する単位数を加算しているか。</p> <p>(5) 介護職員処遇改善加算(V) キャリアパス要件I、キャリアパス要件II、職場環境等要件の何れも満たさず、これにより算定した単位数の100分の80に相当する単位数を加算しているか。</p> <p>【キャリアパス要件I、II、IIIと職場環境等要件について】</p> <p>キャリアパス要件I 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること</p> <p>キャリアパス要件II 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること</p> <p>キャリアパス要件III 経験若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に昇給を判定する仕組みを設けること</p> <p>職場環境等要件 賃金改善以外の処遇改善を実施すること</p> <p>※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>届出している計画どおり実施しているか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>介護職員特定処遇改善加算</p>	<p>介護職員等特定処遇改善加算</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算(I) 算定した単位数の1000分の63に相当する単位数を加算しているか。</p> <p>(2) 介護職員等特定処遇改善加算(II) 算定した単位数の1000分の42に相当する単位数を加算しているか。</p> <p>加算区分(I~II)に応じた要件を満たしているか。</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算I 特定事業所加算(I)又は(II)を算定していること。</p> <p>(2) 介護職員等特定処遇改善加算II ※(1)に該当しない場合</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>18 中山間地域等における小規模事業所加算 【第1号訪問事業同様】</p>	<p>中山間地域等における小規模事業所加算は、サービスを提供する訪問介護事業所が次の地域にあり、1月当たりの延訪問回数(前年の平均延訪問回数)が200回以下の事業所である場合に、利用者の同意を得て加算しているか。 中山間地域等:千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>19 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 【第1号訪問事業同様】</p>	<p>中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、上記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、訪問介護を行った場合に加算しているか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は徴収していないか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Ⅶ－２（予防給付費関係－訪問型事業費）

<p>介護給付費単位</p>	<p>所定の単位数で算定しているか。 イ 訪問型サービス事業費（Ⅰ） 1168 単位 （週 1 回程度の利用が必要とされた者） ロ 訪問型サービス事業費（Ⅱ） 2335 単位 （週 2 回程度の利用が必要とされた者） ハ 訪問型サービス事業費（Ⅲ） 3704 単位 （週 3 回程度の利用が必要とされた者）</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>あらかじめ、介護予防ケアマネジメント事業者等による適切なアセスメントにより作成された介護予防ケアプラン等において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案して、標準的に想定される 1 週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>1 回当たりのサービス提供時間については、介護予防ケアプラン等において設定された生活機能向上に係る目標の達成状況に応じて必要な程度の量を予防訪問事業者が作成する訪問型サービス個別計画に位置付けているか。 ※ サービス提供の時間や回数については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであって、当初の訪問型サービス個別計画における設定に必ずしも拘束されるべきものではなく、目標が達成された場合は、新たな課題に対する目標を設定し改善に努めること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>サービス提供の程度の変更に際しては、介護予防ケアプラン等との関係を十分に考慮し、介護予防ケアマネジメント事業者等と十分な連携を取っているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者の状態像の改善に伴って、当初の支給区分において想定されているよりも少ないサービス提供になること、又はその逆に、傷病等で利用者の状態が悪化することによって、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得るが、その場合であっても、月の途中での支給区分の変更は不要である。 ※ 翌月の支給区分については、利用者の新たな状態や新たに設定した目標に応じた区分による介護予防ケアプラン等及び訪問型サービス個別計画に定めること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2 その他取扱いについて</p>	<p>利用者が第 1 号訪問事業事業所において訪問型サービスを受けている間は、他の第 1 号訪問事業所で訪問型サービス事業費を算定していないか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>月途中で下記のとおり変更になった場合、日割り計算により報酬を請求しているか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>① 要介護から要支援になった場合</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>② 要支援から要介護になった場合</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③ 同一保険者管内で転居等により事業所を変更した場合</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>④ 月途中で要支援度が変更となった場合 ※ 要支援 2 であった者が、訪問型サービス事業費（Ⅲ）を算定していた場合であって、月途中で、要支援 1 に変更となった場合については、認定日以降は訪問型サービス事業費（Ⅱ）を算定すること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>