

令和3年度 自己点検シート

(介護報酬編)

(居宅介護支援)

事業所番号： 33

事業所名：

点検年月日： 令和 年 月 日()

点検担当者：

201 居宅介護支援費

「告示」:平成12年厚生省告示第20号 「通知」:平成12年3月1日老企第36号

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 | |
|------|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---------|-------------------|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | | |
| | 居宅介護支援費 (1月につき) | 居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合、下記の通り算定しているか。 居宅介護支援費(i):介護支援専門員一人当たり 1~39件 居宅介護支援費(ii):介護支援専門員一人当たり 40~59件 居宅介護支援費(iii):介護支援専門員一人当たり 60件以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供票・別表控 ・給付管理票 ・介護給付費請求書、明細書 ・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード) ・委託契約書 | 告示別表イ注1 | |
| | | 居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合、下記の通り算定しているか。 居宅介護支援費(i):介護支援専門員一人当たり 1~44件 居宅介護支援費(ii):介護支援専門員一人当たり 45~59件 居宅介護支援費(iii):介護支援専門員一人当たり 60件以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 居宅介護支援費(Ⅱ)については、情報通信機器の活用又は事務職員の配置を行っている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | ※取扱件数の算定方法 利用者(月末に給付管理を行っている者)の総数に、介護予防支援事業者から委託を受けた利用者数に1/2を乗じた数を加えた数を、当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数 取扱件数=(要介護者数+要支援者受託件数の1/2)÷常勤換算による介護支援専門員数 | | | | | | 通知第3の7 (1),(2) |
| | | | | | | | | Q5~Q8 |
| | 居宅介護支援費 (1月につき) | 【月の途中で、利用者が死亡し、又は施設に入所した場合】 死亡、入所等の時点で居宅介護支援を行っており、かつ給付管理票を市町村に届け出ている事業者について、居宅介護支援費を算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供票・別表控、給付管理票、介護給付費請求書、明細書 | 通知第3の1 | |
| | | 【月の途中で、事業者の変更がある場合】 変更後の事業者についてのみ居宅介護支援費を算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 通知第3の2 | |
| | | 【月の途中で、要介護度に変更があった場合】 要介護1又は要介護2から、要介護3から要介護5までに変更となった場合の取扱いは、月末における要介護度区分に応じた報酬を請求しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 通知第3の3 | |
| | | 【月の途中で、他の市町村に転出する場合】 転出の前後のそれぞれの支給限度額は、それぞれの市町村で別々に管理し、給付管理票も別々に作成しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 通知第3の4 | |
| | | 【サービス利用票を作成した月に利用実績のない場合】 サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月について、居宅介護支援費を請求していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 通知第3の5 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 | |
|------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | | |
| | 運営基準減算 (50/100) 減算対象→対象利用者 | <p>指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、</p> <p>①利用者は複数の指定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</p> <p>②利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること</p> <p>③前6月間に当該指定居宅介護支援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、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下「訪問介護等」と言う。)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、前6月間に当該指定居宅介護支援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指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合</p> <p>について、文書を交付して説明を行っているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・説明及び同意に関する記録 | 告示別表イ注2 | |
| | | <p>居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接を実施しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・アセスメント記録、支援経過等 | | |
| | | <p>以下の場合において、サービス担当者会議の開催しているか。</p> <p>・居宅サービス計画を新規に作成した場合及び変更した場合</p> <p>・要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合</p> <p>・要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・サービス担当者会議記録 ・サービス担当者に対する照会記録 | | |
| | | <p>居宅サービス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るか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・居宅サービス計画書 ・居宅サービス計画に対する同意書 | | 通知第3の6 |
| | | <p>モニタリングにあたって、1月に1回以上利用者の居宅を訪問し、利用者に面接を実施しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・モニタリング記録 | | |
| | | <p>モニタリングの結果を記録しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 特別地域加算(15%) 加算対象→事業所 | 厚生労働大臣の定める地域 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・介護給付費請求書、明細書 | 告示別表イ注3 平成24年告示 第120号 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | |
| | 「中山間地域等」に所在する小規模事業所加算(10%) 加算対象→事業所 | 1単位の単価が「その他」の地域 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・給付管理票 | 告示別表イ注4 通知第3の8 (施設基準)告示第96号 46 告示第83号1 |
| | | 特別地域加算対象地域ではない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 豪雪地帯、辺地、特定農山村地域、過疎地域のいずれかの地域 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (3月を除くサービス提供が6ヶ月以上ある事業所)前年度(3月を除く)の1月当たりの平均実利用者数が20人以下 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (上記の実績がない事業所)直近3ヶ月の1月当たりの平均実利用者数が20人以下 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算(5%) 加算対象→対象利用者 | 利用者が該当地域に居住 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・運営規程 ・居宅サービス計画 ・領収書控 | 告示別表イ注5 告示第83号2 |
| | | 通常の事業の実施地域外である。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 特定事業所集中減算 200単位 減算対象→全利用者 | ①～⑤に掲げる事項を記載した書類を毎年度2回作成し、保存しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ・特定事業所集中減算に係る算定書 ・理由書 | 告示別表イ注6 (基準告示)告示第95号 83 通知第3の10 |
| | | ①判定期間における居宅サービス計画の総数 | | | | | |
| | | ②訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護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、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護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 | | | | | | | |
| | 初回加算 300単位 加算対象→対象利用者 | 次のいずれかに該当する場合算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・居宅サービス計画書、給付管理票、 介護給付費請求書、明細書 | 告示別表ロ (利用者告示)告示第94号 56 通知第3の9 Q17 |
| | | 新規(契約の有無にかかわらず2月以上居宅介護支援を提供していない)に居宅サービス計画を作成した場合 | | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | | 運営基準減算の適用を受けていないか。 | | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 |
|-------------------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|---|---|--------|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | |
| | 特定事業所加算(Ⅲ) 309単位 加算対象→全利用者 | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1人以上配置しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 常勤かつ専従の介護支援専門員(主任介護支援専門員を除く)を2人以上配置しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 加算(Ⅰ)の(3)(4)(6)~(13)に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定事業所加算(A) 100単位 加算対象→全利用者 | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1人以上配置しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 常勤かつ専従の介護支援専門員(主任介護支援専門員を除く)を1人以上配置しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員を常勤換算方法で1名以上配置しているか。 ※ただし、当該介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所((1)で連携している他の居宅介護支援事業所がある場合は、当該事業所に限る。)の職務と兼務をしても差し支えない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 加算(Ⅰ)の(3)(4)(6)~(13)に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 ※ただし、(4)(6)(11)及び(12)の基準は他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 特定事業所医療介護連携加算 100単位 加算対象→全利用者 | 前々年度の3月から前年度の2月までの間における、退院・退所加算の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の合計回数が35回以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・提供した情報の記録 ・居宅サービス計画書、給付管理票、介護給付費請求書、明細書 | 告示別表二 通知第3の12 | |
| | 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を5回以上算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位 加算対象→対象利用者 | (1)利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、病院又は診療所の職員に対して利用者に係る心身の状況等の情報を提供しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・提供した情報(日時・場所等含む)の記録 ・居宅サービス計画書、給付管理票、介護給付費請求書、明細書 | 告示別表二 通知第3の13 (基準告示)告示第95号 85 | |
| | (2)利用者1人につき1月に1回を限度として算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | (3)情報提供を行った日時、場所(医療機関へ出向いた場合)、内容、提供手段(面談、FAX等)等について居宅サービス計画等に記録しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 |
|------------|--|---|--|--------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | |
| | 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位 | 利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、病院又は診療所の職員に対して利用者に係る心身の状況等の情報を提供しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 加算対象→対象利用者 | 加算(Ⅰ)の(2)(3)に掲げる基準に適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 退院・退所加算(Ⅰ)イ 入院又は入院期間中1回 を限度に 450単位 | (1)入院・入所期間を経た後の退院・退所に当たって、病院・施設の職員と面談を行って、退院後7日以内に利用者に関する情報提供を受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・居宅サービス計画書、給付管理票、 介護給付費請求書、明細書、利用者又は家族に提供した文書の写し | 告示別表ホ 通知第3の14 情報記録書様 式例 Q23～Q32 |
| | 加算対象→対象利用者 | (2)当該情報に基づき居宅サービス計画を作成、居宅サービス・地域密着型サービスの利用に関する調整しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (3)利用者に係る必要な情報の提供を、 <u>カンファレンス以外の方法により1回</u> 受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (4)同一日に情報を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合は1回として扱っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (5)退院・退所日が属する日の翌月末までにサービス提供を開始しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (6)初回加算を算定していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 退院・退所加算(Ⅰ)ロ 入院又は入院期間中1回 を限度に 600単位 | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 加算対象→対象利用者 | 加算(Ⅰ)イの(1)(2)(4)～(6)に掲げる基準に適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 退院・退所加算(Ⅱ)イ 入院又は入院期間中1回 を限度に 600単位 | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 加算対象→対象利用者 | 加算(Ⅰ)イの(1)(2)(4)～(6)に掲げる基準に適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 退院・退所加算(Ⅱ)ロ 入院又は入院期間中1回 を限度に 750単位 | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスにより受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 加算対象→対象利用者 | 加算(Ⅰ)イの(1)(2)(4)～(6)に掲げる基準に適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 退院・退所加算(Ⅲ) 入院又は入院期間中1回 を限度に 900単位 | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスにより受けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 加算対象→対象利用者 | 加算(Ⅰ)イの(1)(2)(4)～(6)に掲げる基準に適合しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | 確認書類 | 告示・通知等 |
|------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|------------------|
| | | | 適 | 否 | 対象外 | | |
| | 通院時情報連携加算 50単位 加算対象→対象利用者 | 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たか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 告示別表ト |
| | | 医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録したか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位 加算対象→対象利用者 | 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、必要に応じて居宅サービス・地域密着型サービスの利用に関する調整を行ったか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスの日時 ・参加した医療関係職種等の氏名 ・カンファレンスの要点 ・居宅サービス計画書 ・給付管理票、介護給付費請求書、明細書 | 告示別表チ 通知第3の16 |
| | | 利用者1人につき1月に2回を限度として算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | ターミナルケアマネジメント加算 400単位 加算対象→対象利用者 | 在宅で死亡した利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者を提供している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・提供した情報の記録 ・居宅サービス計画書、給付管理票、介護給付費請求書、明細書 | 告示別表リ 通知第3の17 |
| | | ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、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る。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |