

自己点検シート(令和 年度)

サービス種別	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
--------	-----------------------

記入年月日: 令和 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法人名	
代表者職・氏名	印

事業所番号										
(フリガナ) 事業所名										
住所	(〒 -)									
連絡先	電話					FAX				
	メールアドレス									
開設年月日 (下段は予防)	(年	月	日)			
指定年月日 (下段は予防)	(年	月	日)			
管理者	職名					氏名				
	職名					氏名				
記載担当者	職名					氏名				
	職名					氏名				

自己点検シート（居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導）

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文 ・ () は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
I 人員基準					
医師、薬剤師等の員数	<p>指定居宅療養管理指導事業所ごとに置くべき居宅療養管理指導従業者の員数は、次に掲げる指定居宅療養管理指導事業所の種類の区分に応じ、適正に配置されていますか。</p> <p>→ 下記の数値を記載してください。</p> <p>【病院又は診療所である指定居宅療養管理指導事業所】</p> <p>① 医師又は歯科医師の人数</p> <p style="text-align: center;">_____人</p> <p>② 薬剤師、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下同じ。)又は管理栄養士</p> <p style="text-align: center;">その提供する指定居宅療養管理指導の内容に応じた適当数</p> <p style="text-align: center;">_____人</p> <p>【薬局である指定居宅療養管理指導事業所】</p> <p>薬剤師</p> <p style="text-align: center;">_____人</p>	基準第85条 (第88条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(注) 別紙「勤務表(前月1月分)」及び「利用者実績(前月1月分)」を作成し添付すること。ただし、当該各様式の内容を満たす既存の書類がある場合は、その写しの添付で可。

II 設備基準					
設備及び備品等	<p>事業所は、病院、診療所または薬局であって、指定居宅療養管理指導の提供に必要な広さを有していますか。</p> <p>また、指定居宅療養管理指導の提供に必要な設備及び備品等を備えていますか。</p>	第86条 (第89条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III 運営基準					
内容及び手続きの説明及び同意	<p>事業所の概要、重要事項(※)について記した文書を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。</p> <p>※ 運営規程の概要、勤務体制、その他事故発生時の対応等、利用者のサービス選択に資すると認められる事項</p>	第8条準用 (第8条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
提供拒否の禁止	<p>正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはありませんか。</p>	第9条準用 (第9条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供困難時の対応	<p>自ら適切なサービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。</p>	第10条準用 (第10条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 () は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
受給資格等の確認	被保険者証等の確認を行っていますか。被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には配慮して介護サービスを提供していますか。	第11条準用 (第11条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護認定の申請に係る援助	利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	第12条準用 (第12条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者が要介護認定を申請していない場合、利用者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、病歴、服薬歴等の把握に努めていますか。	第13条準用 (第13条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者等との連携	指定居宅療養管理指導を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者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ますか。	第64条準用 (第67条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定居宅療養管理指導の提供の終了に際して、 ・利用者又はその家族に対して適切な指導を行っていますか。 ・主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供を行っていますか。 ・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"/>	
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は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。	第16条準用 (第16条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
身分を証する書類の携行	従業者に身分証を携行させ、初回訪問時及び求めに応じて提示するよう指導していますか。	第18条準用 (第18条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービスの提供の記録	介護サービスを提供した際は、提供日、具体的なサービス内容、利用者の心身の状況等必要な事項を書面に記録していますか。	第19条準用 (第19条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用料等の受領	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	第87条 (第90条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービスを提供し、それに要した交通費の額の支払いを利用者から受ける場合は、予め利用者又はその家族に説明を行い、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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居宅療養管理指導に係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付していますか。	第21条準用 (第21条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
指定居宅療養管理指導の基本取扱方針	指定居宅療養管理指導は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定して計画的に行われていますか。	第88条 (第94条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自らその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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ()は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）	
			適	不適		
指定居宅療養管理指導の具体的取扱方針	【医師又は歯科医師の行う居宅療養管理指導の方針】 訪問診療等により常に利用者の病状及び心身の状況を把握し、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族に対し、居宅サービスの利用に関する留意事項、介護方法等についての指導、助言等を行っていますか。	第89条 (第95条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用者又はその家族からの介護に関する相談に懇切丁寧に応ずるとともに、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項等について、理解しやすいように指導又は助言を行っていますか。 利用者又はその家族に対する指導又は助言については、文書により交付するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合又は居宅介護支援事業者若しくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、事業者に対し、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行っていますか。 情報提供又は助言については、サービス担当者会議に参加することにより行っていますか。（参加が困難な場合は、内容を記載した文書を交付していますか。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	それぞれの利用者について、提供した居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療録に記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	【薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士の行う指定居宅療養管理指導の方針】					
	指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、医師又は歯科医師の指示（※）に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行っていますか。 ※薬局の薬剤師による指定居宅療養管理指導にあっては、医師又は歯科医師の指示に基づき当該薬剤師が作成した薬学的管理指導計画		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
常に利用者の病状、心身の状況及び環境的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
それぞれの利用者について、提供した居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
利用者に関する市町村への通知	利用者が以下の事項に該当する場合には遅滞なく市町村への通知を行っていますか。 ・ 正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わないことにより要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ・ 偽りその他不正な行為により保険給付を受けた又は受けようとした場合	第26条準用 (第23条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
管理者の責務	事業所の従業者及び業務管理は、管理者により一元的に行われていますか。	第52条準用 (第52条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認事項	根拠条文 () は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
運営規程	以下の事項を運営規程に定めていますか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 職員の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定居宅療養管理指導の種類及び利用料その他費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項	第90条 (第91条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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勤務の体制（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。	第30条準用 (第28条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	当該事業所の従業者によってサービスを提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	従業者に対して研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
衛生管理等	従業者の清潔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。	第31条準用 (第29条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	設備及び備品等について、衛生的な管理を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掲示	運営規程や勤務体制表等、その他重要事項を事業所内に掲示していますか。	第32条準用 (第30条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
秘密保持等	正当な理由なく、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	第33条準用 (第31条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービス担当者会議等において利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。（サービス提供開始時における包括的な同意で可）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者又はその従業者に対して、利用者により特定の事業者によるサービスを利用させ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。	第35条準用 (第33条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
苦情処理	利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。また苦情に関する市町村・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 苦情件数 : 月 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :	第36条準用 (第34条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	苦情相談等の内容を記録・保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域との連携	事業の運営に当たっては、提供した指定居宅療養管理指導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ますか。	第36条の2準用 (第34条の2準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ・ ()は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
事故発生時の対応	<p>事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。また、事故の状況や処置について記録していますか。</p> <p>→事故事例の有無： 有 ・ 無</p>	第37条準用 (第35条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>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なっていますか。</p> <p>→損害賠償保険への加入： 有 ・ 無</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
会計の区分	他の事業との会計を区分していますか。	第38条準用 (第36条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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。	第90条の2 (第92条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護サービスの提供に関する記録（サービスの内容の記録、苦情の内容、事故の状況・処置等）を整備・保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※基準

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号。)

「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号。)

＜別紙：勤務実績表＞

(令和 年 月分)

サービス種類()

事業所・施設名()

職 種	勤務 形態	氏 名	資 格 *	勤務時間数																															合計		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

- 備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 当該事業所の従業員全員（管理者を含む。）について、勤務した時間数を記入してください。
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。
- 勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務**
- 4 サービス提供が単位（共同生活住居）ごとに行われるサービス種類の場合は、各単位（各共同生活住居）ごとに区分して記入してください。
- 5 既存の書類がある場合、当該書類の写しの提出で可。（ただし、上記記載内容を見たさない場合は、手書き等により追記すること。）

<別紙:利用者実績表>

事業所名	
------	--

1. 実利用者数 (前月ひと月分)

	令和 年 月
要 支 援 1	
要 支 援 2	
要 介 護 1	
要 介 護 2	
要 介 護 3	
要 介 護 4	
要 介 護 5	
計	

(単位:人)

※内容を満たす既存の書類がある場合は、その写しを添付で可