

自己点検シート【一般相談支援（地域移行支援・地域定着支援）】

事業所名			
点検者 (職名及び氏名)			
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、該当しないものは「該当なし」にチェックをしてください。

○「I 基本方針からIV変更の届出」までは、特に記載のある場合を除き、地域移行支援及び地域定着支援共通としています。その場合、「地域移行支援等」と記載しています。

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 (地域移行支援)	【地域移行支援】 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、当該利用者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談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、適性、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っていますか。	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【地域定着支援】 利用者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該利用者との常時の連絡体制を確保し、当該利用者に対し、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、相談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、適切に行われるものでなければならない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者の立場に立って行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らその提供する指定地域移行支援の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。</u>		<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
II 人員基準					
2	従業者の員数について	<p>指定地域移行支援事業所ごとに専らその職務に従事する者(指定地域移行支援従事者)を置いていますか。</p> <p>※ただし、指定地域移行支援の業務に支障がない場合は、当該指定地域移行支援事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができるもの。</p>			
3	相談支援専門員	<p>指定地域移行支援従事者のうち1人以上は、相談支援専門員となっていますか。</p>			
	従業者の員数について	<p>相談支援専門員の要件 次の(1)から(3)のいずれかの要件を満たしていますか。</p> <p>(1)実務経験(障害児者等の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における相談支援業務・直接支援業務等)が3～10年である者</p> <p>(2)次の研修等を修了した旨の証明書の交付を受けた者 ・相談支援従事者初任者研修 ・障害者ケアマネジメント従事者研修等</p> <p>(3)(2)の研修を修了し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、相談支援従事者現任研修を修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者。</p> <p>※詳細は「指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成24年3月30日厚生労働省告示第226号)を参照。</p>	<p>・職員の勤務体制表 ・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・職員の専任、兼任の状況が分かる書類 ・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・職員資格(研修終了証含む) ・実務経験が分かる書類 ・管理者の雇用形態が分かる文書</p>		
4	管理者	<p>事業者は、事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置いていますか。</p> <p>※ただし、業務に支障がない場合は、事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができる。 ※管理者は、当該事業所の従業者である必要はないものである。</p>			

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 運営基準						
5	内容及び手続きの説明及び同意	地域相談支援給付決定障害者が指定地域移行支援等々の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 ・利用契約書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ 	<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"/>
6	契約支給量の報告等	利用に係る契約をしたときは、その旨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"> ・利用者の受給者証の写し ・市町村への報告文書控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	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。 ※正当な理由 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利用申込者の入所、入院等する障害者支援施設等、精神科病院、救護施設等又は刑事施設等が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③当該事業所の運営規程において主たる対象とする障害の種類を定めている場合であって、これに該当しない者から利用申込があった場合 ④その他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な場合等である。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	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、適当な他の指定地域移行支援等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"/>
9	受給資格の確認	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する地域相談支援受給者証によって、地域移行支援等給付費の支給対象者であること、地域相談支援支給決定の有無又は地域相談支援給付決定の有効期間、地域相談支援支給量等確かめていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の受給者証の写し 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	支給決定等の申請に係る援助	地域相談支援給付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地域相談支援給付決定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"> ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		地域相談支援給付決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、地域相談支援支給決定の有効期間又は地域相談支援給付決定の有効期間の終了に伴う地域相談支援給付決定の申請について、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	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。		<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
12	指定障害福祉サービス事業者等との連携	指定地域移行支援等を提供するに当たっては、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"> ・利用者に関する記録 ・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"/>
		指定地域移行支援等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"/>
13	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"/>
14	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。	<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"/>
		<p>※サービスを提供した際には、当該指定地域移行支援等の提供日、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。</p> <p>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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	支給決定障害者等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、金銭の使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"> ・説明文書 ・同意に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>上記より金銭の支払を求める際は、当該金銭の使途及び額並びに利用者に対し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。</p> <p>※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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	地域移行支援等給付費の額等の受領について	法定代理受領を行わない指定地域移行支援等を提供したときは、利用者から指定地域移行支援等につき厚生労働大臣が定める基準等により算定した費用の額(その額が現に当該指定地域移行支援等に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定地域移行支援等に要した費用の額)の支払を受けていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・利用料の請求書、領収書控 ・説明文書 ・同意に関する記録 	<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事業の実施地域以外の地域を訪問して指定地域移行支援等を提供する場合は、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、当該サービスの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"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
17	地域移行支援等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地域移行支援等に係る地域移行支援等給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、計画支援等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地域移行支援等に係る費用の支払を受けた場合は、その提供した指定地域移行支援等の内容、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"/>
18	地域移行支援及び地域定着支援の基本取扱方針	管理者は、地域移行支援従事者(地域定着支援においては地域定着支援従事者)に基本相談支援に関する業務及び地域移行支援計画(地域定着支援においては地域定着支援台帳)の作成その他指定地域移行支援に関する業務を担当させていますか。	・地域移行支援等計画 ・提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、相談支援専門員に、相談支援専門員以外の指定地域移行支援従事者に対する技術的指導及び助言を行わせていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		計画に基づき、利用者の心身の状況等に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、地域移行支援等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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たっては、利用者等の立場に立って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、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うとともに、必要に応じ、同じ障害を有する者による支援等適切な手法を通じて行っていますか。		<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
19	地域移行支援計画の作成等について	指定地域移行支援従事者は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事業を踏まえた指定地域移行支援に係る計画(地域移行支援計画)を作成していますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や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解決すべき課題等の把握(以下、「アセスメント」という。)を行っていますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、アセスメントに当たっては、利用者に面接をしていますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、アセスメントの場において、面接の主旨を利用者に十分に説明し、理解を得ていますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、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、地域移行支援の目標及びその達成時期並びに地域移行支援を提供する上での留意事項等を記載した地域移行支援計画の原案を作成していますか。 ※この場合において、当該指定地域移行支援事業所が提供する指定地域移行支援以外の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携も含めて地域移行支援計画の原案に位置付けるよう努めなければならない。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、計画作成会議(地域移行支援計画の作成に当たり、当該利用者に係る障害者支援施設等、精神科病院、救護施設等又は刑事施設等における担当者等を招集して行う会議。 テレビ電話装置等の活用可。)を開催し、地域移行支援計画の原案の内容について意見を求めていますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成に当たっては、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ていますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画を作成した際には、当該地域移行支援計画を利用者に交付していますか。	□	□	□
		指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成後においても、適宜、地域移行支援計画の見直しを行い、必要に応じて地域移行支援計画の変更を行っていますか。	□	□	□
		上記の地域移行支援計画の変更について、アセスメントから利用者への交付まで手続きに準じて行っていますか。	□	□	□
20	地域における生活に移行するための活動に関する支援(地域移行支援)	利用者に対し、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る。)の体験的な利用支援、体験的な宿泊支援その他の必要な支援を提供するに当たっては、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に努めていますか。	□	□	□
		利用者に対して、上記の支援を提供するに当たっては、おおむね週に1回以上、利用者との対面により行っていますか。	□	□	□

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
21	障害福祉サービスの体験的な利用支援 (地域移行支援)	障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る。)の体験的な利用支援について、指定障害福祉サービス事業者等への委託により行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	体験的な宿泊支援 (地域移行支援)	体験的な宿泊支援について、次の要件を満たす場所において行っていますか。 ①利用者が体験的な宿泊を行うために必要な広さの居室を有するとともに、体験的な宿泊に必要な設備及び備品等を備えていること。 ②衛生的に管理されている場所であること。 ※体験的な宿泊支援について、指定障害福祉サービス事業者等への委託により行うことができる。	・提供に関する記録 ・業務委託契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	関係機関との連絡調整等 (地域移行支援)	指定地域移行支援を提供するに当たっては、市町村、指定障害福祉サービス事業者等その他の退院又は退所後の地域における生活に係る関係機関との連絡調整をしていますか。また、住居の確保や行政機関の手続き等について、利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、利用者の同意を得て代行するなど必要な支援を行っていますか。	・関係機関との連絡調整を行った記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	地域定着支援台帳の作成等 (地域定着支援)	指定地域定着支援従事者は、次の情報を記載した指定地域定着支援に係る台帳(以下「地域定着支援台帳」という。)を作成していますか。 ・利用者の心身の状況 ・その置かれている環境 ・緊急時において必要となる当該利用者の家族等及び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の連絡先 ・その他の利用者に関する情報	・地域定着支援台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(1)指定地域定着支援従事者は、地域定着支援台帳の作成に当たっては、適切な方法によりアセスメントを行っていますか。	・アセスメントに関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(2)指定地域定着支援従事者は、アセスメントに当たっては、利用者に面接しておこなっていますか。 またこの場合において、指定地域定着支援の職務に従事する者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(3)指定地域定着支援従事者は、地域定着支援台帳の作成後においても、適宜、地域定着支援台帳の見直しを行い、必要に応じて地域定着支援台帳の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	常時の連絡体制の確保等 (地域定着支援)	利用者の心身の状況及び障害の特性等に応じ、適切な方法により、当該利用者又はその家族との常時の連絡体制(※)を確保していますか。 ※常時の連絡体制は、夜間等に職員を配置する他、携帯電話等により利用者又はその家族との常時の連絡体制を確保する方法によることも可能。	・利用者又は家族との常時の連絡体制に係る資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		適宜利用者の居宅への訪問等を行い、利用者の状況(利用者の緊急時等に適切に対応するための情報を含む)を把握するものとしていますか。	・利用者の居宅へ訪問した記録	<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
26 緊急の事態における支援等 (地域定着支援)	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は、速やかに当該利用者の居宅への訪問等による状況把握を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急事態に係る記録 ・利用者の居宅へ訪問した記録 ・対応した記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の項目の状況把握を踏まえ、当該利用者が置かれている状況に応じて、当該利用者の家族、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との連絡調整、一時的な滞在による支援その他の必要な措置を適切に講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の項目において一時的な滞在による支援について、次に定める要件を満たす場所において行っていますか。 ①利用者が一時的な滞在进行うために必要な広さの区画を有するとともに、一時的な滞在に必要な設備及び備品等を備えていること。 ②衛生的に管理されている場所であること。 ※一時的な滞在による支援について、指定障害福祉サービス事業者等への委託により行うことができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・滞在を行った記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 給付決定障害者に関する市町村への通知	サービスを受けている利用者が偽りその他不正な行為によって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に通知していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 管理者の責務	管理者は、当該事業所の相談支援専門員その他の従業員の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握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 ・業務分担表 ・業務報告書 ・業務日誌等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、当該事業所の相談支援専門員その他の従業員に、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"/>
29 運営規程	<p><u>指定地域相談支援事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。</u></p> <p>①事業の目的及び運営の方針 ②従業員の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 ④指定地域相談(地域定着)支援の提供方法及び内容並びに利用者から受領する費用及びその額 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</p> <p>※②については、「〇人以上」と記載することも差し支えない。 ※⑦については、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成23年法律第79号)において、障害者虐待を未然に防止するための対策及び虐待が発生した場合の対応について規定しているところであるが、より実効性を担保する観点から、指定居宅介護事業者は、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応が図られるための必要な措置について、あらかじめ運営規程に定めることとしたものである。具体的には、 ア 虐待の防止に関する責任者の選定 イ 成年後見制度の利用支援 ウ 苦情解決体制の整備 エ 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施 (研修方法や研修計画など) オ 基準第40条の2第1項の「虐待の防止のための対策を検討する委員会(以下「虐待防止委員会」という。)」の設置等に関すること等を指す</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 	<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
30 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、等事業所ごとに、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。	・ 職員の勤務体制表 (原則として月ごと)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所ごとに、当該事業所の相談支援専門員に指定地域移行支援等の業務を担当させていますか。 ※相談支援専門員の補助の業務については、この限りでない。	・ 雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	相談支援専門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 ・ 研修実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 ② 勤務体制の確保等(ハラスメント)	<u>適切な地域相談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っ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>	・ ハラスメント防止に関する方針 ・ 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>	・ 担当者を設置したことが分かる文書 ・ 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		
31	<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地域相談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>	<p>・業務継続計画</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>	<p>・研修及び訓練の記録</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"/>
32	<p>設備及び備品等</p> <p>事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、サービスの提供に必要な設備及び備品等を備えていますか。</p> <p>(1) 事務室 事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室を設けることが望ましいが、間仕切りする等他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。なお、この場合に、区分がされていなくても業務に支障がないときは、事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものとする。</p> <p>(2) 受付等のスペースの確保 利用申込みの受付、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースを確保するものとし、相談のためのスペース等は利用者等が直接出入りできるなど利用しやすい構造とする。</p> <p>(3) 設備及び備品等 サービスの提供に必要な設備及び備品等を確保するものとする。ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であって、指定地域移行支援等の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。 なお、事務室又は区画、設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。</p>	<p>・事業所の平面図 ・設備、備品台帳</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	
33	衛生管理等	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生管理マニュアル ・衛生管理に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定地域移行支援等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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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】</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会の実施記録 ・従業者に周知していることがわかる資料 ・指針 ・研修及び訓練の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>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。</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
34	掲示等	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、基本相談支援及び地域移行支援等の実施状況、地域移行支援従事者等の有する資格、経験年数及び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。 <u>※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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業者は、上記に規定する重要事項の公表に努めていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者のホームページ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	秘密保持等	従業者及び管理者が正当な理由なく、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のないよう必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・秘密保持に関する就業時の取り決め ・就業規則 	<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のないよう必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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ますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人情報同意等の記録 	<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
36	広告	広告をする場合においては、その内容を虚偽のもの又は誇大なものとしていませんか。	・事業者が発行するパンフレット、チラシ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	利益供与等の禁止	特定相談支援事業者もしくは障害福祉サービスの事業を行う者等又はその従業者に対し、利用者又はその家族に対して当該事業者を紹介することの代償として、金品その他の財産上の利益を提供する、もしくは受け取っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	苦情解決	利用者又はその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応していますか。また苦情受付窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情対応マニュアル ・苦情に関する記録 ・市町村への報告記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情件数 : 年 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	事故発生時の対応	事故が発生した場合は、市町村、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・再発防止策の検討の記録 ・ヒヤリハットの記録 ・市町村・家族等への報告の記録 ・損害賠償関係書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事故があった場合、事故の状況や措置について記録していますか。 →過去一年間の事故の有無: 有 ・ 無 →市への報告 : 有 ・ 無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を定めておくことが望ましい。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<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 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"/>
	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(年に1回以上)に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。 ※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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※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)従業員は、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、結果等をとりまとめ、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員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。	・委員会の実施記録 ・従業員に周知していることがわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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」を作成していますか(努力義務)。 (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	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所において、従業員に対し虐待の防止のための研修を定期的(年に1回以上)実施していますか。	・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いていますか。	・担当者を設置したことが分かる文書	<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
41	会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定地域移行支援等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"/>
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。	・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対する次の指定地域移行支援等の提供に関する諸記録を整備し、当該指定地域移行支援等を提供した日から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提供した日から5年以上備えておく必要があります。 ① 地域移行支援等に係る必要な事項の提供記録 ② 地域移行支援等計画 ③ 市町村への通知に係る記録 ④ 苦情の内容等の記録 ⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	電磁的記録	<u>(電磁的記録について)</u> <u>(1)作成、保存その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る、電磁的記録により行うことができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(2)交付、説明、同意、承諾その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV 変更の届出等						
44	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	
V-1 介護給付費関係（地域移行支援）						
45	基本的事項	指定地域移行支援に要する費用の額は、平成17年厚生省告示第123号の別表「地域移行支援給付費等単位数表」により算定していますか。 ただし、その額が現に当該地域移行支援に要した費用の額を超えるときは、現に当該地域移行支援に要した費用の額となっていますか。	<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 ・地域移行支援計画 	<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"/>
46	地域移行支援サービス費の算定について	下記(1)、(2)について 次の基準に適合するものとして市町村長に届け出た指定地域移行支援事業所が地域相談支援給付決定障害者に対して指定地域移行支援を行った場合に、1月につき所定単位数を算定していますか。 <u>ただし、(1)算定している場合は、(2)を算定できません。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(1)地域移行支援サービス費(I) 3,504単位 次のア～ウのいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>ア 指定地域移行支援事業所の従業者のうち、次のいずれかに掲げる資格をもつ相談支援専門員を1名以上配置すること。</u> ① 社会福祉士 ② 精神保健福祉士 ③ 精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者	・従業者の資格者証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>イ 指定地域移行支援事業所において、指定地域移行支援を利用した地域相談支援給付決定障害者のうち、地域における生活に移行した者が、前年度において3人以上いること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>ウ 事業所が、精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等又は刑事施設等との緊密な連携体制を確保していること。</u> ※緊密な連携体制とは、対象施設と緊密な連携を図り、地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議への参加や地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介、地域移行など同様の経験のある障害当事者(ピアサポーター等)による意欲喚起のための活動等を、いずれかの対象施設に対し、概ね月1回以上行っていること。	<ul style="list-style-type: none"> ・連携体制に係る資料 ・サービス提供記録 ・会議録 ・ピアサポーター等による意欲喚起のための活動の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(2)地域移行支援サービス費(II) 3,062単位 次のア、イのいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>ア (1)のア、ウに適合すること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>イ 指定地域移行支援事業所において、指定地域移行支援を利用した利用者のうち、対象施設を退院・退所等し、地域における生活に移行した者が、前年度において1人以上いること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>(3)地域移行支援サービス費(III) 2,349単位</u> <u>上記(1)、(2)の要件を満たさない事業所において、地域移行支援を行った場合に、1月につき所定単位数を算定していますか。</u>		<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	
47 地域移行支援に係る報酬の算定について	指定地域移行支援の提供にあたっては、次の基準の両方を満たす場合にのみ、所定単位数を算定していますか。 ※以下の要件を満たさない場合には、算定できません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ア 地域移行支援計画を作成している。	・地域移行支援計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	イ 利用者への対面による支援を1月に2日以上行っている。	・指定地域移行支援の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48 ピアサポート体制加算	<u>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た事業所において、地域移行支援を行った場合に、次の(1)～(3)の基準の全てに適合した場合、1月につき100単位を加算していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>(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)の過程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の過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を地域移行支援事業所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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>①障害者又は障害者であったと市長が認める者</u> <u>※障害者等については、以下の書類又は方法等により確認するものとする。</u> <u>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又は確認方法等</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>②管理者又は地域移行支援従事者</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>(2) (1)に掲げる者のいずれかにより、当該指定地域移行支援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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>(3) (1)に掲げる者を配置している旨を公表していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>※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。</u>					
	<u>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。</u> <u>※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。</u>					
<u>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。</u>						

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	初回加算	指定地域移行支援事業者が、指定地域移行支援を行った場合に、指定地域移行支援の利用を開始した月について、1月につき所定単位数に500単位を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>初回加算を算定した後、引き続き当該病院や施設等に入院、入所等している間に地域移行支援の給付決定が更新された場合や他の病院や施設等に転院、転所等して引き続き地域移行支援を利用する場合は、再度初回加算を算定していませんか。</p> <p>※初回加算を算定した後に病院や施設等を退院、退所等し、その後、再度病院や施設等に入院、入所等する場合は、当該退院、退所等した日から再度入院、入所等した日までの間が3月間以上経過している場合に限り再度初回加算を算定できる。</p> <p>※指定地域移行支援事業者が変更となる場合はこの限りでない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	集中支援加算	指定地域移行支援事業者が、地域相談支援給付決定障害者に対して、利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合（前記47を満たしている場合のみ）に、1月につき500単位を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		退院・退所月加算が算定している月について、当該加算を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	退院・退所月加算	地域相談支援給付決定障害者の精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等又は刑事施設等からの退院、退所等をする日が属する月（翌月に退院、退所等をする日が確実に見込まれる場合であって、退院、退所等をする日が翌月の初日等であるときにあっては、退院、退所等をする日が属する月の前月）に、指定地域移行支援を行った場合（前記47を満たしている場合のみ）に、1月につき2,700単位を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該加算を算定している月において、利用者との対面による支援を少なくとも2日以上行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次のいずれかに該当する場合に算定していませんか。 <ul style="list-style-type: none"> ・退院、退所等をして病院又は診療所へ入院する場合 ・退院、退所等をして他の社会福祉施設等へ入所する場合 ・死亡による退院、退所等の場合 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>利用者が精神科病院に入院した日から起算して3月以上1年未満の期間内に当該精神科病院から退院した者である場合には、更に1月につき所定単位数に500単位を加算していますか。</u>		<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 障害福祉サービスの体験利用加算	(1)障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ) 1日につき 500単位 利用者に対して、障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合に、体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して5日以内の期間について、所定単位数を加算していますか。	・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用を希望している者に対し、地域において障害福祉サービスを利用するに当たっての課題、目標、体験期間及び留意事項等を地域移行支援計画に位置付けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ) 1日につき 250単位 利用者に対して、障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合に、体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して6日以上15日以内の期間について、所定単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)地域生活支援拠点等による加算 1日につき 50単位 運営規程において、市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを定めている場合、上記(1)又は(2)に定める単位数に、更に所定単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 体験宿泊加算	(1)体験宿泊加算(Ⅰ) 1日につき 300単位 利用者に対して、体験的な宿泊を提供した場合に、(1)及び(2)を合計して15日を限度として、所定単位数を加算していますか。	・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単身での生活を希望している者に対し、単身での生活に向けた課題、目標、体験期間及び留意事項等を地域移行支援計画に位置付けていますか。 ※家族等との同居を希望している者に対しては、当該支援を行うことが有効であると認められる場合には、算定しても差し支えない。 ※家族等が生活する場所において体験的に宿泊する場合は算定できない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体験的な宿泊支援について、指定障害福祉サービス事業者に委託する場合、指定地域移行支援事業者が、委託先の指定障害福祉サービス事業者と緊急時の対応等のための常時の連絡体制を確保していますか。	・緊急時の対応等に関する常時連絡体制に係る資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)体験宿泊加算(Ⅱ) 1日につき 700単位 利用者に対して、体験的な宿泊を提供し、かつ、当該利用者の心身の状況に応じ、当該利用者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行った場合に、(1)及び(2)を合計して15日を限度として、1日につき所定単位数を加算していますか。	・地域移行支援計画 ・指定地域移行支援の提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体験的な宿泊支援を利用する者の状況に応じて、夜間及び深夜の時間帯を通じて見守り等の支援が必要な場合であって、当該体験宿泊場所に夜間支援従事者を配置又は少なくとも一晩につき複数回以上、当該体験宿泊場所への巡回による支援を行っていますか。 ※夜間支援従事者は、別途、指定居宅介護事業者等に夜間における支援のみを委託する場合であっても差し支えない。	・指定地域移行支援の提供に関する記録 ・夜間及び深夜の時間帯における見守り等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜間支援従事者は、指定地域移行支援事業者との密接な連携の下、緊急時の対応等を適切に行っていますか。	・緊急時の対応等に関する資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)地域生活支援拠点等による加算 1日につき 50単位 運営規程において、市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを定めている場合、上記(1)又は(2)に定める単位数に、更に所定単位数を加算していますか。		<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
54 居住支援連携体制加算	次の基準の全てに適合するものとして、市長に届け出た事業所において、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を共有した場合に、1月につき35単位を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 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 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"/>
	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)について記録し、5年間保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>* 利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報とは 具体的には、利用者の心身の状況(例:障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など)、生活環境(例:家族構成や生活歴など)、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</p> <p>* 情報の共有とは 原則、対面による情報共有のほか、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、障害を有する者が参加する場合には、その障害特性に応じた適切な配慮を行うこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 地域居住支援体制強化推進加算	事業所の従業者が、利用者の同意を得て、利用者に対して、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った上で、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、当該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た場合に、当該利用者に対して地域移行支援を行っている事業所において、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。		<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		
V-2 介護給付費関係（地域定着支援）							
56	地域定着支援サービス費(体制確保費)	<p>体制確保費 1月につき 306単位</p> <p>利用者に対して、指定地域定着支援として、常時の連絡体制を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57	地域定着支援サービス費(緊急時支援費)	<p>緊急時支援費(Ⅰ) 1日につき 712単位</p> <p>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、利用者又はその家族等からの要請に基づき、速やかに利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在(※)による支援を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p> <p>※宿泊によらない一時的な滞在による場合についても算定可 ※宿泊日及び退所日の両方について算定可 ※短期入所サービスの支給決定を受けている障害者の場合であっても、身近な地域の短期入所事業所が満床である等やむを得ない場合においては、算定可</p>	<p>・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 ・サービス等利用計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<p>緊急時支援費(Ⅱ) 1日につき 95単位</p> <p>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、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜(午後10時から午前6時までの時間をいう。)に電話による相談支援を行った場合に、所定単位数を算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		緊急時支援費(Ⅰ)、(Ⅱ)の共通事項					
		(1)緊急時支援費に係る利用者の障害の特性に起因して生じる緊急時の対応については、あらかじめ利用者又はその家族等との話し合いにより申し合わせていますか。	・申し合わせに係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(2)緊急時支援を行った場合は、次の事項を記録していますか。 ・要請のあった時間 ・要請の内容 ・当該支援の提供時刻 ・緊急時支援の算定対象である旨等	・緊急時の対応等に関する資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		緊急時支援費(Ⅱ)について					
		緊急時支援費(Ⅰ)を算定している場合に、算定していませんか。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運営規程において、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場合、更に1日につき所定単位数に50単位を加算していますか。				<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
58	指定地域定着支援の提供に当たっては、地域相談支援基準に定める以下の基準のいずれも満たしている場合に、所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)地域定着支援台帳の作成に係るアセスメントに当たっての利用者との面接等(基準第42条第3項)を実施していますか。	・アセスメント記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)適宜の利用者の居宅への訪問等による状況把握(基準第42条第2項)を実施していますか。	・居宅訪問等に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<u>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た事業所において、指定地域定着支援を行った場合に、次の(1)～(3)の基準の全てに適合した場合、1月につき100単位を加算していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>(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)の過程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の過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を指定地域定着支援事業所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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>①障害者又は障害者であったと市長が認める者</u> ※障害者等については、以下の書類又は方法等により確認するものとする。 <u>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又は確認方法等</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>②管理者又は指定地域定着支援従事者</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>(2) (1)に掲げる者のいずれかにより、指定地域定着支援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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>(3) (1)に掲げる者を配置している旨を公表していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>※研修の要件について、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ます。</u>				
<u>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。</u> <u>※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て差し支えないが、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し支えない。</u>					
<u>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。</u>					

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
60 日常生活支援情報提供加算	<p>利用者のうち、精神科病院等に通院する者について、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場合において、当該事業所の従業者が、あらかじめ当該利用者の同意を得て、当該精神科病院等の職員に対して、当該利用者の心身の状況、生活環境等の当該利用者の日常生活の維持に必要な情報を提供した場合に、1月に1回を限度として100単位を加算していますか。</p> <p>* 利用者の日常生活の維持に必要な情報とは 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など</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>情報の共有を行ったに日時・場所・内容・共有手段(面談、テレビ電話装置等の使用等)について記録し、5年間保存していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 居住支援連携体制加算	<p>次の基準の全てに適合するものとして、市長に届け出た事業所において、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を共有した場合に、1月につき35単位を加算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>① 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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>② 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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>情報の共有を行ったに日時・場所・内容・共有手段(面談、テレビ電話装置等の使用等)について記録し、5年間保存していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>* 利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報とは 具体的には、利用者の心身の状況(例:障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など)、生活環境(例:家族構成や生活歴など)、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</p> <p>* 情報の共有とは 原則、対面による情報共有のほか、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、障害を有する者が参加する場合には、その障害特性に応じた適切な配慮を行うこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 地域居住支援体制強化推進加算	<p>事業所の従業者が、利用者の同意を得て、利用者に対して、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った上で、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、当該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た場合に、当該利用者に対して地域移行支援を行っている事業所において、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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>