

介護保険事業所 自己点検シート ＜居宅介護支援＞

事業所番号	3	9							
事業所の名称									
管理者名									
事業所所在地									
	電話番号					FAX番号			

※管理者は、内容について確認してください。

設置法人名				
法人代表者	職名		氏名	

指定年月日	平成	年	月	日
指定有効期限	令和	年	月	日
利用者数	居宅介護支援		人	(記入日の前月の数)
	介護予防支援(委託)		人	(記入日の前月の数)

※「指定年月日」欄には、最新の指定更新年月日ではなく、最初に指定を受けた年月日を記入してください。また、居宅サービスと介護予防サービスの指定年月日が異なる場合は、居宅サービスの年月日を記入してください。

介護報酬請求における加算等(居宅介護支援) (記入日以前6月以内に算定実績のあるものにチェック☑)	
☐ 運営基準減算 ☐ 特定事業所集中減算 ☐ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ☐ 特定事業所加算(Ⅰ) ☐ 特定事業所加算(Ⅱ) ☐ 特定事業所加算(Ⅲ) ☐ 特定事業所加算(A) ☐ 特定事業所医療介護連携加算 ☐ 初回加算 ☐ 通院時情報連携加算 ☐ 入院時情報連携加算(Ⅰ) ☐ 入院時情報連携加算(Ⅱ) ☐ 退院・退所加算(Ⅰ)イ ☐ 退院・退所加算(Ⅰ)ロ ☐ 退院・退所加算(Ⅱ)イ ☐ 退院・退所加算(Ⅱ)ロ ☐ 退院・退所加算(Ⅲ) ☐ 高齢者虐待防止措置未実施減算 ☐ 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント ☐ 業務継続計画未実施減算(令和7年4月1～) ☐ 緊急時等居宅カンファレンス加算 ☐ ターミナルケアマネジメント加算	

自己点検シートを提出するにあたり、自己点検項目に漏れがないことを確認するとともに、自己点検の結果が正確であることを十分に調査・確認のうえ作成しており、すべての点検内容が真実かつ適正であることを確認しました。

自己点検の結果		
「いいえ」(不適)とした点検項目の有無	無・有(有の場合は以下の項目も記入)	
点検項目	「いいえ」(不適)とした確認事項	「いいえ」(不適)であった理由と改善内容