別添(１)【指定居宅介護支援事業】

**運　営　指　導　調　査　票**

この調査票に必要な事項を記載し、運営指導実施日の**一週間前まで**に提出してください。

　事業所名称：

**１　居宅介護支援費、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求状況（直近３ヶ月の状況）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　　象　　　月  項　　　　目 | | | | 月分 | 月分 | 月分 |
| 居宅介護支援費の請求件数・・・①　※１  ＩＣＴの活用又は事務員の配置を行っている事業者の場合、チェックを入れてください⇒□ | |  | 居宅介護支援費(ⅰ) | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| 居宅介護支援費(ⅱ) | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| 居宅介護支援費(ⅲ) | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| 計 | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| 介護予防支援費の受託件数・・・・ ※１ | | | | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| 介護予防ケアマネジメントの受託件数・・・・※１ | | | | 件  （　　　） | 件  （　　　） | 件  （　　　） |
| ①の内訳 | 所定の単位数で請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 減算して請求した件数（１００分の５０で算定） | | | 件 | 件 | 件 |
| 減算した件数（運営基準減算が２月以上継続し、所定単位の算定なし） | | | | 件 | 件 | 件 |
| 減算の内訳　※２ | 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、必要な事項※３について文書を交付して説明を行っていないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| アセスメントにおいて、利用者及び家族に面接していないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| サービス担当者会議又は担当者に対する照会等（以下「サービス担当者会議等」という）を行っていないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 要支援・要介護認定を受けた場合に、サービス担当者会議等を行っていないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| モニタリングにおいて、１月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| モニタリングの結果を記録していないことによって減算した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 各種加算 | 初回加算を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 退院・退所加算(Ⅰ)イ・ロ、(Ⅱ)イ・ロ、(Ⅲ)を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 入院時情報連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 通院時情報連携加算を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |
| ターミナルケアマネジメント加算を算定して請求した件数 | | | 件 | 件 | 件 |

　※１　請求件数には、月遅れ分、再請求分は含みません。ただし、月遅れ分は、該当月に給付管理を行ったものとして該当月欄（　）に外数で記載してください。

　※２　減算の内訳の件数についてのカウントの仕方は、例えば、１件のプランで全項目が該当するときは、それぞれ１件として計上して記載します。このため、「減算の内訳」の合計件数と、「減算して請求した件数」と「減算した件数」の合計件数が必ず一致するものではありません。

　※３　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説明すべき事項

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られること。

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。

③　前６月間に当該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がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前６月間に当該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、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護ごとの回数のうち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。

**２　介護支援専門員の配置状況**

　別添２（「指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員異動状況表」）に記載して添付してください。

**３　当該事業所の組織体制（運営指導日時点）**

　法人全体の組織体制図（当該事業所の位置づけが分かるもの）を添付してください。