

【指定(介護予防)認知症対応型通所介護】

事業所名

自己点検シート(指定(介護予防)認知症対応型通所介護)

【記入日: 令和 年 月 日・記入者氏名:

・ 連絡先: Tel.]

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
一般原則 (基準第3条) (予防基準第3条)	① 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市、他の地域密着型サービス事業者(地域密着型介護予防サービス事業者)又は居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 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。(令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ サービスを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。 ※ 介護保険等関連情報とは、次に掲げる事項に関する情報のことです。 一 介護給付等に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は要介護認定及び要支援認定別の状況その他の厚生労働省令で定める事項 二 被保険者の要介護認定及び要支援認定における調査に関する状況その他の厚生労働省令で定める事項 三 訪問介護、訪問入浴介護その他の厚生労働省令で定めるサービスを利用する要介護者等の心身の状況等、当該要介護者等に提供される当該サービスの内容その他の厚生労働省令で定める事項 四 地域支援事業の実施の状況その他の厚生労働省令で定める事項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I 基本方針							
1. 基本方針 (基準第41条)	要介護状態となった場合についても、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活の機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	定款 運営規程 パンフレット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 基本方針 (予防基準第4条)	認知症である利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものですか。	定款 運営規程 パンフレット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
II 人員及び設備に関する基準							
1. 従業者の員数等 (基準第42条) (予防基準第5条) 【生活相談員】 【看護職員又は介護職員】 【機能訓練指導員】	【単独型・併設型】 (生活相談員) 単独型・併設型認知症対応型通所介護の提供日ごとに、当該単独型・併設型認知症対応型通所介護を提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数を配置していますか。 ※当該事業所が、利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関、他の居宅サービス事業者、地域の住民活動等と連携し、指定認知症対応型通所介護事業所を利用しない日でも当該利用者の地域生活を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるように、生活相談員の確保すべき勤務延時間数には、「サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間」、「利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助のための時間」、「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間」など、利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間も含めることができる。 ただし、生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行う必要があり、これらに支障がない範囲で認められる。	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(看護職員又は介護職員) 単独型・併設型認知症対応型通所介護の単位ごとに、専ら当該単独型・併設型認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上配置されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単独型・併設型認知症対応型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型認知症対応型通所介護を提供している時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数を配置していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単独型・併設型認知症対応型通所介護の単位ごとに、看護職員又は介護職員を常時1人以上従事させていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活相談員、看護職員又は介護職員のうち、1人以上は常勤になっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(機能訓練指導員) 指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、専ら指定認知症対応型通所介護の提供に当たる機能訓練指導員が1以上確保されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者であり、具体的には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格を有する者(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)の資格を有する者ですか。 ※ 利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練について		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
1. 従業者の員数等 (基準第45条) (予防基準第8条) 【生活相談員】 【看護職員又は介護職員】 【機能訓練指導員】	【共用型】 (常勤者の1週当たりの勤務時間数) 時間 (事業所で定める日中時間帯) 時 ~ 時	勤務表 利用者数及び入居者数 数が分かる書類					
	当該指定認知症対応型通所介護の利用者の数と併設施設の入居者の数を合計した数が3又はその端数を増すごとに1以上となっていますか。 (例) 常勤者の勤務時間が週40時間→1日8時間 日中時間帯 9:00~20:00 入居者定員9名+通所定員3名=12名 日中時間帯に、介護従業者の勤務時間数として8時間×定員12人÷3=32時間が確保されていますかどうか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※3時間以上4時間未満及び4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者については1/2、5時間以上6時間未満及び6時間以上7時間未満の報酬を算定している利用者については3/4、7時間以上8時間未満及び8時間以上9時間未満の報酬を算定している利用者については1を乗じて、利用者数を換算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(注) 別紙(参考様式)「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成のうえ添付してください。

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
2. 管理者 (基準第43条) (予防基準第6条)	(管理者) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所ごとに、専らその職務に従事する常勤の管理者を配置していますか。 ※ただし、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。	勤務表 雇用契約書 組織体制図 職務経歴書 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症介護実践者研修及び認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□平成18年3月31日までに実践者研修又は旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了し、平成18年3月31日に、現に特別養護老人ホーム等の管理者の職務に従事しているものであるため。 □認知症高齢者グループホーム研修を修了しているため。 □その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 設備及び備品等 (基準第44条) (予防基準第7条)	【単独型・併設型】 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有していますか。また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に必要なその他の設備・備品を備えていますか。	運営規程 平面図 設備・備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【食堂・機能訓練室】 食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は三平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。 ※食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ機能訓練を行う際には、その実施に支障がない広さを確保できていれば、同一の場所として可。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【相談室】 遮へい物の設置など相談の内容が漏えいしないよう配慮されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】 消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所以外のサービス(以下「宿泊サービス」という。)を提供する場合は、サービス提供の開始時に堺市長に届出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
IV 運営基準							
1. 内容及び手続きの説明及び同意 (基準第3条の7準用) (予防基準第11条)	利用申込者又は家族に対し、運営規程に規定する重要事項に関する規程の概要、勤務の体制その他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(※1)を記した文書を交付して(※2)説明を行い、提供の開始について同意を得ていますか。 ※1 重要事項に関する規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応等、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関名等、評価結果の開示状況)等の利用者のサービス選択に資すると認められる事項 ※2 文書の交付は、電磁的方法でも可。	重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 提供拒否の禁止 (基準第3条の8準用) (予防基準第12条)	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。 (提供を拒むことのできる正当な理由) 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利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③その他利用申込者に対し自ら適切な認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)を提供することが困難な場合	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 受給資格等の確認 (基準第3条の10準用) (予防基準第14条)	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。	被保険者証の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 要介護(要支援)認定の申請に係る援助 (基準第3条の11準用) (予防基準第15条)	利用申込者が要介護(要支援)認定を受けていない場合、既に要介護(要支援)認定の申請をしているか確認していますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用申込者が要介護(要支援)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。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援(介護予防支援)が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定(要支援認定)の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 心身の状況等の把握 (基準第23条準用) (予防基準第16条)	サービス担当者会議を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めていますか。	利用者に関する記録 サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
6. 指定居宅介護支援事業者等との連携 (基準第3条の13準用) (予防基準第17条)	サービス提供に当たっては、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。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 (基準第3条の14準用) (予防基準第18条)	利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定認知症対応型通所介護を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報提供すること、その他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。	利用者の届出書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 (基準第3条の15準用) (予防基準第19条)	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。	居宅サービス計画書 週間サービス計画表 認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 居宅サービス計画等の変更の援助 (基準第3条の16準用) (予防基準第20条)	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っていますか。	対応記録 居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. サービスの提供の記録 (基準第3条の18準用) (予防基準第21条)	介護サービスを提供した際は、必要な事項を書面に記録していますか。 介護サービスを提供した際は、具体的なサービス内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、情報提供していますか。	サービス提供票・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		別表 業務日誌 通所介護記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
11. 利用料等の受領 (基準第24条準用) (予防基準第22条)	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。	サービス提供票別表 領収書(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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。	運営規程 領収証(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていませんか。 ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ②通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定認知症対応型通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤指定認知症対応型通所介護の提供において提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用	重要事項説明書 運営規程 領収書(控) 車両運行日誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明し、同意を得ていますか。	説明文書 同意に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。	請求書 領収書(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	領収書には医療費控除が適切に記載されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
12. 保険給付の請求のための証明書の交付 (基準第3条の20準用) (予防基準第23条)	法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定認知症対応型通所介護の内容、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交付していますか。	サービス提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針 (基準第50条) (予防基準第41条)	指定認知症対応型通所介護の提供は、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目標を設定し、計画的に行われていますか。	認知症対応型通所介護計画書 居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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。	自己評価基準等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針 (基準第51条) (予防基準第42条)	利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っていますか。	認知症対応型通所介護計画書 使用しているパンフレット等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っていますか。	認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。	認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型通所介護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、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとする。	研修参加状況等がわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の機能に添って適切に提供していますか。	利用者に関する記録 指導を記録した書類等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 指定認知症対応型通所介護計画の作成 (基準第52条) (予防基準第42条)	利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成していますか。	認知症対応型通所介護計画書 利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書は居宅サービス計画書に沿った内容となっていますか。又必要に応じて変更していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスの実施状況や目標の達成状況の記録を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定認知症対応型通所介護事業者は、当該居宅介護支援事業所から認知症対応型通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該計画を提供することに協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
16. 利用者に関する市町村への通知 (基準第3条の26準用) (予防基準第24条)	指定認知症対応型通所介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。 ①正当な理由なしに指定認知症対応型通所介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。	意見通知文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	意見通知文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 緊急時等の対応 (基準第12条準用) (予防基準第25条)	現に指定認知症対応型通所介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。 (措置の具体的内容：)	運営規程 利用者に係る記録 事故対応マニュアル 事故記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 管理者の責務 (基準第28条準用) (予防基準第26条)	事業所の従業者及び業務の管理は、管理者により一元的に行われていますか。	組織図 運営規程 職員分担表 業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、当該指定認知症対応型通所介護事業所の従業者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。	組織図 運営規程 職員分担表 業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
19. 運営規程 (基準第54条) (予防基準第27条)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定認知症対応型通所介護の利用定員 ⑤指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩虐待の防止のための措置に関する事項(令和6年3月31日までは努力義務) ⑪その他運営に関する重要事項	運営規程 指定申請書(控) 変更届出書(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 勤務体制の確保 (基準第30条) (予防基準第28条)	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。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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。 ※調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については委託可。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者の資質向上のために研修の機会を確保していますか。また、全ての介護従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等資格取得過程で修了している者を除く)に対し、認知症に係る基礎的な研修を受講させるために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) また、新卒採用、中途採用を問わず事業所が新たに採用した従業者(医療・福祉関係資格を有さない者に限る。)に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとしています(この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えありません)	研修計画 研修資料 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	適切な指定認知症対応型通所介護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介護従業者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。	ハラスメント対応方針 相談体制が確認できるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
2 1. 業務継続計画の策定等 (基準第3条の30の2準用) (予防基準第28条の2)	感染症及び非常災害の発生時に早期に業務再開を図るための計画を策定していますか。(令和6年3月31日までは努力義務) また、計画には下記の項目が盛り込まれていますか。 【感染症に係る業務継続計画】 □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) □初動対応 □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) 【災害に係る業務継続計画】 □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) □緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) □他施設及び地域との連携	業務継続計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護従業者に対し、業務継続計画を周知していますか。また、必要な研修(年1回以上)及び訓練(年1回以上)を定期的実施していますか。	研修計画 研修資料 訓練記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行っていますか。	業務継続計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 2. 定員の遵守 (基準第31条準用) (予防基準第29条)	サービス提供日において、利用定員を超えて指定認知症対応型通所介護の提供を行っていませんか。	利用者名簿 運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 3. 非常災害対策 (基準第32条準用) (予防基準第30条)	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的(年2回以上)に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。 ※ 非常災害に関する具体的計画は、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画となっていますか。 ※ 防火管理者を置くこととされている指定認知症対応型通所介護にあってはその者に行わせていますか。 ※ 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定認知症対応型通所介護においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせていますか。 防火管理者氏名：()	非常災害に関する計画 避難訓練等の実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	避難、救出その他必要な訓練の実施に当たっては地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(BCPの中に必要な項目を盛り込んで、包含して作成)	非常災害対策計画策定に盛り込む具体的な項目(例) ※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。	非常災害に関する計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 立地条件 □ 施設等の立地条件 □ 周辺地区の過去の災害発生状況 □ 災害の発生予測		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 情報の入手方法 □ 情報の入手方法(テレビ、ラジオ、パソコン、携帯電話等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
	3 災害時の連絡先及び通信手段の確認 <input type="checkbox"/> 災害時の職員間の連絡体制 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の体制整備（自治体、消防、医療機関、家族等） <input type="checkbox"/> 通常の連絡手段が通じない場合の連絡方法	非常災害に関する計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 避難を開始する時期、判断基準 <input type="checkbox"/> 避難開始時期の判断基準 <input type="checkbox"/> 臨時休業の判断基準、利用者への連絡方法（通所系事業所の場合）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 避難場所 <input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認 <input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認 <input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 避難経路 <input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定 <input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成 <input type="checkbox"/> 所要時間		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 避難方法 <input type="checkbox"/> 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩、ストレッチャー）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 災害時の人員体制、指揮系統 <input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】 <input type="checkbox"/> 職員の参集基準【日中・夜間】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 停電・断水時の対応（※訪問・通所は必須でない） <input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか <input type="checkbox"/> 断水を想定した対策を検討していますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 関係機関（市町村、警察、消防等）との連携体制の整備 <input type="checkbox"/> 地元自治会との連携体制の整備有無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
24. 衛生管理等 (基準第33条準用) (予防基準第31条)	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	受水槽の清掃記録 衛生管理マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌(0-157)感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置等について、別途通知等に基づき、適切な措置を講じていますか。 また、空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。	助言・指導に関する記録 定期消毒の記録 食中毒防止のための研修記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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の(1)から(3)に掲げる措置を講じていますか。なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。						
	(1) 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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について介護従業者に周知徹底していますか。	委員会議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 感染症の予防及びまん延の防止のために指針を整備していますか。また、指針には以下の規定が盛り込まれていますか。 【平常時の対策】 □事業所内の衛生管理(環境整備等) □ケアにかかる感染対策(手洗い、標準的な予防策)等 【発生時の対応】 □発生状況の把握 □感染拡大の防止 □医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携 □行政等への報告等 ※また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくこと。	感染症の予防及びまん延の防止のための指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 介護従業者に対し、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(それぞれ年1回以上)に実施していますか。また、新規採用時には感染対策研修を実施していますか。	研修計画 研修記録 訓練記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
25. 掲示 (基準第3条の32 準用) (予防基準第32条)	指定認知症対応型通所介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護従業者の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、指定書を掲示していますか。 ※重要事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、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。	重要事項揭示物 指定書揭示物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 秘密保持等 (基準第3条の33 準用) (予防基準第33条)	従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	就業規則 誓約書 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者であった者が、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がないように、必要な措置を講じていますか。 ※当該指定認知症対応型通所介護事業所の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決めておくなどの措置を講じていますか。 ※従業員の在職中及び退職後の秘密保持のため、就業規則、雇用契約、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われていますか。	就業規則 誓約書 等	<input type="checkbox"/>	<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。 (同意書様式：有・無 、利用者：有・無 、利用者家族：有・無)	個人情報使用同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 広告 (基準第3条の34 準用) (予防基準第34条)	指定認知症対応型通所介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大のものとなっていませんか。	パンフレット ポスター 広告書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
29. 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 (基準第3条の35準用) (予防基準第35条)	指定居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)又はその従業者に対し、要介護被保険者(要支援被保険者)に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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 苦情処理 (基準第3条の36準用) (予防基準第36条)	提供した指定認知症対応型通所介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。 ※「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。	重要事項説明書 掲示物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情を受け付けた場合には、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録していますか。苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っていますか。	苦情に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。また、改善の内容を市に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	市町村及び国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行っていますか。また、改善内容について求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。	指導等に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
3 1. 地域との連携 (基準第34条準用) (予防基準第39条)	指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定認知症対応型通所介護事業者が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）について知見を有する者等により構成される協議会（「運営推進会議」）（テレビ電話装置等を活用しておこなうことができるものとする。この場合において、利用者等が運営推進会議に参加するときは、テレビ電話装置等の活用について、当該利用者等の同意を得ること。）を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	議事録 委員名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表していますか。	公表状況が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。	交流状況が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業の運営に当たっては、提供した指定認知症対応型通所介護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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型通所介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定認知症対応型通所介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても、指定認知症対応型通所介護の提供を行うよう努めていますか。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 2. 事故発生時の対応 (基準第35条準用) (予防基準第37条)	利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供により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（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	事故対応マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。	事故報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供により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えますか。 (損害賠償保険に加入している若しくは賠償資力を有していますか。)	損害賠償記録等	<input type="checkbox"/>	<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。	検討記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
33. 虐待の防止 (基準第3条の38の2) (予防基準第37条の2) 【令和6年3月31日までは努力義務】	虐待の発生又はその再発を防止するため、次の(1)から(4)に掲げる措置を講じていますか。 なお、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。		/	/		/	/
	(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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるもの)を定期的開催するとともに、その結果(事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等)について介護従業者に周知徹底を図っていますか。	議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)虐待防止のための指針を整備していますか。また、指針には以下の項目を盛り込んでいますか。 □事業所における虐待防止に関する基本的考え方 □虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 □虐待防止のための職員研修に関する基本方針 □虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 □虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 □成年後見制度の利用支援に関する事項 □虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 □利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 □その他虐待の防止の推進のために必要な事項	虐待の防止のための指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)に実施していますか。また、新規採用時には必ず実施していますか。	研修計画 研修記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4)虐待を防止するための体制として、(1)から(3)までに掲げる措置を適切に実施するための専任の担当者を配置していますか。 ※当該担当者としては、委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいです。	組織体制図等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 会計の区分 (基準第3条の39準用) (予防基準第38条)	指定認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型通所介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	会計に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 記録の整備 (基準第60条) (予防基準第40条)	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 会計に関する書類 設備・備品に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、完結の日から2年間保存していますか。 □① 認知症対応型通所介護計画 □② 提供した具体的なサービス内容等の記録(これについては基準条例において提供した日から5年間) □③ 利用者に関する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 □⑥ 運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録	左記①～⑥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
36. 変更の届出 (法78条の5及び 施行規則第131条 の13第1項第4号) 【法115条の15及 び施行規則第140 条の30第1項第1 号】	<p>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日以内に変更の届出を行っておりますか。</p> <p>【厚生労働省令届出事項】</p> <p>(1) 事業所の名称及び所在地 (2) 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 (3) 申請者の登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) (4) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要 (5) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 (6) 運営規程</p>		□	□		□	□

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
V 業務管理体制の整備							
1. 業務管理体制の整備 (法第115条の32 施行規則第140条 の39及び第140条 の40)	1 事業者(法人)内で、法令遵守について職員に周知をしていますか。 また、どのような方法で周知されていますか。 (周知方法：)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 法令遵守責任者の選任【全ての法人】 事業者(法人)において、1人、法令遵守責任者を選任し、所管庁に届け出ていますか。 法令遵守責任者の届出 済____・____未済 所属・職名 _____ 氏名 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 法令遵守規程の整備【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】 事業者(法人)において、法令遵守規程を作成し、各事業所・施設に周知していますか。 また、規程の概要を所管庁に届け出ていますか。 規程の概要の届出 済____・____未済		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 業務執行の状況の監査【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】 事業者(法人)において、業務執行の状況の監査を定期的実施していますか。 また、監査の方法の概要を所管庁に届け出ていますか。 監査の方法の概要の届出 済____・____未済		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 届出事項に変更があったときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ていますか。 また、事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
VI 介護給付費関係							
1. 基本的事項 (算定基準一から三)	指定認知症対応型通所介護事業に要する費用の額は、「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。	認知症対応型通所介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書 書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型通所介護事業に要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に別表に定める単位数を乗じて算定していますか。 ※堺市は5級地となります。		<input type="checkbox"/>	<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、その端数金額は切り捨てて計算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. サービス種類相互の算定関係について (算定基準別表3注16) (予防算定基準別表1注15)	利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間、認知症対応型通所介護費を算定していませんか。	認知症対応型通所介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書 書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 所要時間による区分の取扱い (留意事項通知3-2-(1)準用)	所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、認知症対応型通所介護計画に位置付けられた内容の認知症対応型通所介護を行うための標準的な時間となっていますか。 ※単に当日のサービスの進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、認知症対応型通所介護のサービスが提供されるとは認められないため、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること。 ※このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。 ※当日の利用者の心身の状況から、実際の認知症対応型通所介護の提供が認知症対応型通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には、認知症対応型通所介護計画上の単位数を算定して差し支えない。	サービス提供の記録 認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、認知症対応型通所介護計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同一の日の異なる時間帯に複数の単位を行う事業所においては、利用者が同一の日に複数の認知症対応型通所介護の単位を利用する場合には、それぞれの指定認知症対応型通所介護の単位について所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 2時間以上3時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合の取扱い (算定基準別表3注2) (予防算定基準別表1注2)	心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある者など、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な利用者の場合のみとしていますか。	認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護であっても、指定認知症対応型通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用は適当ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されていますか。	認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	算定は4時間以上5時間未満の単位の100分63に相当する単位数を算定していますか。	介護給付費請求書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
5. 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱いについて (算定基準別表3注3) (予防算定基準別表1注3)	感染症又は災害(厚生労働大臣が認めるものに限る。)の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、あらかじめ届け出た指定認知症対応型通所介護事業所において、指定認知症対応型通所介護を行った場合には、利用者が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。 ※利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別な事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	利用者数の減少が確認できるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 9時間以上の場合に係る加算(延長加算) (算定基準別表3注4) (予防算定基準別表1注4)	日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は、以下に応じた所定単位数を算定していますか。 イ 9時間以上10時間未満 50単位 ロ 10時間以上11時間未満 100単位 ハ 11時間以上12時間未満 150単位 ニ 12時間以上13時間未満 200単位 ホ 13時間以上14時間未満 250単位 ※サービス提供時間帯において、所要時間8時間以上9時間未満を算定する事業所のみ算定できる。 ※家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収しても差し支えない。 ※実態として通所介護事業所等の設備を利用して宿泊する場合は算定不可。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (算定基準別表3注5) (予防算定基準別表1注5)	平21告83・二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、指定認知症対応型通所介護を行った場合、1日につき100分の5に相当する単位数を加算して算定していますか。 ※当該加算を算定する利用者については、基準第24条第3項第1項に規定する交通費の支払いを受けることはできません。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について (留意事項通知2-1-(6))	当該減算における利用者の数は1月間(歴月)の利用者の数の平均を用いていますか。 ※当該月の全利用者等の延数を、当該月の日数で除して得た数の小数点以下を切り上げるものとする。 定員超過利用の基準に該当するとこととなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算(70/100)し、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数を算定していますか。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護給付費請求書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
9. 常勤換算方法による職員数の算定方法について (留意事項通知2-1-(7))	歴月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間で除して算定していますか。(小数点第2位以下は切り捨て)	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	母性健康管理措置または育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられ、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合30時間以上の勤務で常勤の従業者が勤務すべき時間数をみたしたものとし、1として取り扱うことが可能である事を把握していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児休業、介護休業等により休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能である事を把握していますか。	勤務表 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について (留意事項通知2-1-(8))	人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度(4月1日から3月31日まで)の平均(新規開設又は再開の場合は推定数による)を用いていますか。また、前年度の平均を算出するにあたっては、前年度の全利用者の延数を当該前年度の日数で除して得た数としていますか。(小数点第2位以下切り上げ)	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護・介護職員の員数が人員基準上必要とする員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から、又、1割の範囲内で減少した場合にはその翌々月から、それぞれ解消に至った月まで、全利用者について、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 ※1割の範囲内で減少した場合は翌々月から減算が適用となりますが、翌月の末日において人員基準を満たすに至った場合は除かれます。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員の数は、1月間の職員の数の平均を用いていますか。 ※ 当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除した得た数とする。	勤務表 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数を用いていますか。 ※ 配置された職員の1月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について (留意事項通知2-1-(12))	認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いていますか。 ※主治医意見書の場合「3. 心身の状態に関する意見(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いること。	判定結果資料 主治医意見書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師の判定結果は、判定した医師名、判定日とともに認知症対応型通所介護計画に記載していますか。なお、複数の判定結果がある場合は最も新しい判定を用いていますか。	判定結果資料 主治医意見書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師の判定が無い場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む)、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いていますか。	認定調査票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
12. 文書の取扱いについて (留意事項通知2-1-(13))	作成、保存その他これらに類するもののうち、書面で行うことが規定され、又は想定されるもの(被保険者証に関するものを除く。)については、書面に代えて、電磁的記録を導入していますか。 書面の交付、説明、同意、承諾、締結等について電磁的方法を導入していますか。 (該当する箇所に丸をつけてください。導入している場合は以下の設問へ。導入していない場合は「13. 入浴介助加算」へ) 導入している 〇 導入していない 〇		/	/		/	/
	電磁的方法による取扱いについて事前に利用者又はその家族等の承諾を得ていますか。	同意書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	電磁的方法による交付は、利用者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 入浴介助加算 (算定基準別表3注6) (予防算定基準別表1注6)	利用者等告示に適合しているものとして堺市長に届け出て入浴介助を行った場合に、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 入浴介助加算(Ⅱ) 55単位 ※利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴(シャワー浴含む)等である場合は、これを含むものとする。	入浴介助に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものであるが、この場合の観察とは自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うものとしていますか。	入浴介助に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 入浴を実施しなかった場合には、加算を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅱ)】 利用者が居宅において、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴ができるようになることを目的としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅱ)】 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。)が利用者の居宅を訪問(個別機能訓練加算を取得するにあたっての訪問等を含む。)し、利用者の状態をふまえ、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していますか。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価をした者が入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定認知症対応型通所介護事業所に対しその旨情報共有されていますか。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定認知症対応型通所介護事業所の従業員以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅱ)】 指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した者と連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成していますか。	入浴計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【入浴介助加算(Ⅱ)】 入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行っていますか。 また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努めているか。	入浴計画 介護技術習得のための研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
14. 生活機能向上連携加算 (算定基準別表3注7) (予防算定基準別表1注7)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、あらかじめ届け出た指定認知症対応型通所介護事業所において、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ個別機能訓練計画を作成した場合に1月につき生活機能向上連携加算(Ⅱ)を、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として1月につき生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していますか。 ・生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位 ・生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、生活機能向上連携加算(Ⅰ)は算定せず、生活機能向上連携加算(Ⅱ)は1月につき100単位算定すること。 【生活機能向上連携加算(Ⅰ)】	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所、指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下、「理学療法士等」)の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)が共同して利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていますか。	個別機能訓練計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【生活機能向上連携加算(Ⅱ)】 (2)指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所、指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該指定通所介護事業所(介護予防通所サービス事業所)を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていますか。	個別機能訓練計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 (3)個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していますか。	個別機能訓練計画 機能訓練に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 (4)(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。	個別機能訓練計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
15. 個別機能訓練加算 (算定基準別表3注8) (予防算定基準別表1注8)	指定認知症対応型通所介護を行う時間帯に1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)(以下、「理学療法士等」)を1名以上配置し、利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に、1日につき27単位を算定していますか。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(Ⅱ)として、1月に20単位を所定単位に加算していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【個別機能訓練加算(Ⅰ)】(以下同じ) 特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日におけるサービスのみを当該加算の算定対象としていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護事業所の看護職員が加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務時間を認知症対応型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めていませんか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成していますか。 ※個別機能訓練計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。	個別機能訓練計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っていますか。	個別機能訓練計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明していますか。 ※利用者への説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。	説明記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従業者により閲覧が可能ですか。	個別機能訓練記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【個別機能訓練加算(Ⅱ)】 個別機能訓練加算(Ⅰ)の基準に適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【個別機能訓練加算(Ⅱ)】 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
16. ADL維持等加算 (算定基準別表3注9)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、あらかじめ届け出た指定認知症対応型通所介護事業所において、利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を算定していますか。 ・ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位 ・ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】(以下同じ) 評価対象者(評価対象利用期間が6月を超える者をいう。以下同じ。)の総数が10人以上となっていますか。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	評価対象者全員について、評価対象利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月)において、ADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Indexを用いて行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成(Plan)、当該計画に基づく個別機能訓練の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次に掲げる者に係る評価対象利用開始月に測定したADL値に応じて掲げるそれぞれの値を加えた値を平均して得た値としていますか。 (1)2以外の者 ADL値が0以上25以下…1 ADL値が30以上50以下…1 ADL値が55以上75以下…2 ADL値が80以上100以下…3 (2)評価対象利用開始月において、初回の要介護認定(法第27条第1項に規定する要介護認定をいう。)があった月から起算して12月以内である者 ADL値が0以上25以下…0 ADL値が30以上50以下…0 ADL値が55以上75以下…1 ADL値が80以上100以下…2	ADL測定の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者(1未満の端数は切り捨て)及び下位100分の10に相当する利用者(1未満の端数は切り捨て)を除く利用者(以下「評価対象利用者」という。)としていますか。	各種記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者に含めるものとしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【ADL維持等加算(Ⅰ)】 ADL利得の平均値が1以上となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【ADL維持等加算(Ⅱ)】 ADL利得の平均値が2以上となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
17. 若年性認知症利用者受入加算 (算定基準別表3注10) (算定基準別表1注9)	若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護となった40歳以上65歳未満の者)に対して、指定認知症対応型通所介護を行った場合、1日につき60単位を算定していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 栄養アセスメント加算 (算定基準別表3注11) (予防算定基準別表1注10)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、あらかじめ届け出た指定認知症対応型通所介護事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。)を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月に50単位を算定していますか。 ※当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない。 ※定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所(栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っていますか。	勤務表等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養アセスメントについては、3月に1回以上、アからエまでに掲げる手順により行っている。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定していますか。 ア. 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。 イ. 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。 ウ. ア及びイの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。 エ. 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。	栄養アセスメント記録 測定記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
19. 栄養改善加算 (算定基準別表3注12) (予防算定基準別表1注11)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき200単位を加算していますか。 (※介護予防認知症対応型通所介護サービスは1月につき200単位) ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 ※定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所(栄養改善加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っていますか。	勤務表等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していますか。	栄養ケア計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していますか。	栄養状態の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供していますか。	栄養アセスメントの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次の①～⑤のいずれかに該当するものであって、栄養改善サービスが必要と認められる者に算定していますか。 ①BMIが18.5未満の者 ②1～6月間に3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 ③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④食事摂取量が不良(75%以下)である者 ⑤その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者 なお、次のような問題を有する者について、上記①～⑤のいずれかに該当するか適宜確認している。 ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題 ・生活機能の低下の問題 ・褥瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題 ・認知症の問題 ・うつの問題		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
20. 口腔・栄養スクリーニング加算 (算定基準別表3注13) (予防算定基準別表1注12)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型通所介護事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げるいずれかの単位数を算定していますか。 (次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合には算定できない。) ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)】(以下同じ) (※1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(※2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(※3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(※4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していませんか。 A. 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 B. 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)】 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)※1、※3、※4のいずれにも適合していますか。又は、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)※2、※3、※4に適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供していますか。 ○口腔スクリーニング a. 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 b. 入れ歯を使っている者 c. むせやすい者 ○栄養スクリーニング a. BMIが18.5未満である者 b. 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 c. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d. 食事摂取量が不良(75%以下)である者	スクリーニングの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当該加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していますか。	サービス担当者会議の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
21. 口腔機能向上加算 (算定基準別表3注14) (予防算定基準別表1注13)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、あらかじめ届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下、口腔機能向上サービスという。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき次に掲げる単位数を算定していますか。 (次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できない。) ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 ・口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 ・口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位 (※介護予防通所サービスは1月につき上記の単位数を算定) ※定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔機能向上加算(Ⅰ)】(以下同じ) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者又はその家族に説明し同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していますか。	口腔機能改善管理指導計画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を概ね3月ごとに評価し、介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔機能向上加算(Ⅱ)】(以下同じ) 口腔機能向上加算(Ⅰ)のいずれの基準にも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
2.2. 科学的介護 推進体制加算 (算定基準別表3 注15) (予防算定基準別 表1注14)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、あらかじめ届け出た指定認知症対応型通所介護事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を算定していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供にあたって(1)に規定する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 原則として利用者全員を対象としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 情報の提出にあたってはLIFEを用い、提出情報、提出頻度等については下記に適合していますか。 【提出情報】 やむを得ない場合を除き①～⑤まで全て提出していますか。(⑥⑦は提出が望ましい) ①評価日 ②前回評価日 ③障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度 ④総論(ADL及び在宅復帰の有無等に限る) ⑤口腔・栄養及び認知症(必須項目に限る) ⑥総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る) ⑦認知症(任意項目に限る) 【提出頻度】 下記①～④までに定める月の翌月10日までに提出していますか。 ①既利用者については、算定を開始しようとする月 ②新規利用者については、サービス利用を開始した日の属する月 ③ ①②の月のほか、少なくとも6月ごと		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上のため下記の取り組みを行っていますか。 ①利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成している。(Plan) ②サービスの提供にあたっては、サービス計画に基づいて利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施している。(Do) ③LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行っている。(Check) ④検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の向上に努めていますか。(Action)	検証の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
2.3. 同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者の減算 (算定基準別表3注17) (予防算定基準別表1注16)	指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物(※1)に居住する者又は指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該指定認知症対応型通所介護事業所に通う者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合、1日につき94単位を所定単位数から減算して算定していますか。 ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情(※2)により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※1当該事業所と構造上又は外形上一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定認知症対応型通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。 また、ここでいう同一建物については、当該建物の管理、運営法人と当該指定認知症対応型通所介護事業所の法人が異なる場合であっても該当する。	平面図等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※2傷病等により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該認知症対応型通所介護事業所との間の往復の移動を介助した場合に限られる。この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果を認知症対応型通所介護計画に記録すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について記録すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. 送迎を行わない場合の減算 (算定基準別表3注18) (予防算定基準別表1注17)	居宅と通所介護事業所との間の送迎を行わない場合、片道につき47単位を減算していますか。 ※同一建物の減算の対象となっている場合には当該減算の対象とならない。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
2.5. サービス提供体制強化加算 (算定基準別表3ハ) (予防算定基準別表1ハ)	下記に適合するものとして利用者に対し指定認知症対応型通所介護を行い1日につき【(Ⅰ)22単位(Ⅱ)18単位(Ⅲ)6単位】を算定していますか。 ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、他の加算は算定できません。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)】 下記の①②いずれかに適合していますか。(該当する要件にチェックをつけてください) 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、 <input type="checkbox"/> ①介護福祉士の占める割合が100分の70以上 <input type="checkbox"/> ②勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)】 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)】 下記の①②いずれかに適合していますか。(該当する要件にチェックをつけてください) 指定認知症対応型通所介護事業所の <input type="checkbox"/> ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上 <input type="checkbox"/> ②利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分30以上	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員割合の算出等に当たっては下記の内容により行っていますか。 ①常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いている。 ※前年度実績が6月に満たない事業所については届出日の属する月の前3月(この場合、所定の割合を維持し、毎月記録を行っている) ②介護福祉士の有資格者については、各月前月の末日時点で資格を取得しているものとしている。 ③勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数としている。 ④勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを直接利用者に提供する職員(介護従業者)として勤務した年数を含めている。	記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同一の事業所において介護予防認知症対応型通所介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
26. 介護職員処遇改善加算 (算定基準別表3二) (予防算定基準別表1二)	介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、利用者に対し、認知症対応型通所介護を行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次の①、②、③、④に適合している場合、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の104に相当する単位数 (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 次の①、⑤に適合し、かつ②又は③のいずれかに適合している場合、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の76に相当する単位数 (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 次の①、⑥に適合し、かつ②又は③のいずれかに適合している場合、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の42に相当する単位数	介護職員処遇改善加算計画書 賃金台帳、給与明細書 実績報告書 研修計画書、研修記録 介護給付費明細書・請求書 労働保険料の納付職員への周知の記録等	□	□		□	□
	① ・介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 ・当該事業所において、上記の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、堺市長に届け出ていること。 ・介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について堺市長に届け出ること。 ・当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を堺市長に報告すること。 ・算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、雇用保険法(昭和49年法律第116号)その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。 ・労働保険料の納付が適正に行われていること。		□	□		□	□
	② (1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a. 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b. aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		□	□		□	□
	③ (2) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a. 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b. aについて、全ての介護職員に周知していること。		□	□		□	□
	④ (3) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a. 介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。 b. aについて、全ての介護職員に周知していること。		□	□		□	□
	⑤ 平成27年4月から①の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。		□	□		□	□
	⑥ 平成20年10月から①の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。		□	□		□	□

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		「不適」の場合の事由 (別紙可)	堺市使用欄	
			適	不適		1	2
27. 介護職員等 特定処遇改善加算 (算定基準別表3 ホ) (予防算定基準別 表1ホ)	介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、利用者に対し、指定認知症 対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数 を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合 においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 (1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) イからヲまでにより算定した単位数の 1000分の31に相当する単位数 (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) イからヲまでにより算定した単位数の 1000分の23に相当する単位数	介護職員処遇改善 加算計画書 賃金台帳、給与明 細書 実績報告書 研修計画書、研修 記録 介護給付費明細 書・請求書 労働保険料の納付 職員への周知の記 録 等	□	□		□	□

【根拠条文について】

- 法: 介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)
- 施行規則: 介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)
- 基準条例: 堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年12月14日条例第58号)
- 指定要綱: 堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱(平成29年4月1日)
- 基準: 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生省令第34号)
- 予防基準: 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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3月14日厚生労働省令第36号)
- 解釈通知: 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計発0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号)の第1・第2・第3
- 予防解釈通知: 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計発0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号)の第4
- 算定基準: 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚生省告示第126号)
- 予防算定基準: 指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省告示第128号)
- 留意事項: 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日老計発第0331005号・老振発0331005号・老老発第0331018号)
- 予防留意事項: 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日老計発第0331005号・老振発0331005号・老老発第0331018号)