

自己点検シート（指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護）

【記入日：令和 年 月 日・記入者氏名： 連絡先：Tel 〇〇〇〇〇〇】

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	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		<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89条)	要介護者であって認知症であるものについて共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことをめざす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69条)	その認知症である利用者が尊厳を保持し、可能な限り共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の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していますか。	定款 運営規程 パンフレット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 人員基準							
1. 従業者の員数等 (基準第90条) 【介護職員】 【計画作成担当者】	(介護従業者) 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯にサービスの提供に当たる介護従業者を、常勤換算方法で、利用者の数(前年度の平均値)が3又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。また、1以上は常勤となっていますか。	勤務表 雇用契約書	□	□		□	□
	共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務を行う従業者を1人以上配置していますか。(ただし、共同生活介護の数が3であり、全て同一階において隣接し、円滑な状況把握及び速やかな対応が可能な構造であり、安全対策(夜勤マニュアルの策定・避難訓練の実施)が講じられ、安全性が確保されていると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて2以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数以上とすることができます)						
	夜間帯及び深夜の時間帯以外の時間帯についても、常に介護従業者が1人以上確保されていますか。	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	□	□		□	□
	(計画作成担当者) 指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有するものであって、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する者としていますか。※利用者の処遇に支障がない場合は管理者との兼務可能。						
	当該計画作成担当者は介護支援専門員をもって充てていますか。(サテライト除く)						
	計画作成担当者は、認知症介護実践者研修又は基礎課程を修了していますか。						
介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督していますか。							
介護支援専門員でない計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者をもって充てていますか。							

(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91条)	<p>(管理者)</p> <p>共同生活住居ごとに、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、共同生活住居の管理上支障がない場合は、当該共同生活住居の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所若しくは指定複合型サービス事業所の職務に従事することができる。</p> <p>特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があるなど、必要な知識及び経験を有し、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。</p>	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"/>	<p>□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 ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者 (基準第92条)	代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であって、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了していますか。	組織体制図 職務経歴書 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>□修了していないが、半年以内に認知症対応型サービス事業開設者研修を受講予定である。 □その他 ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅲ 設備に関する基準							
1. 専用区画 (基準第93条)	共同生活住居の数は1以上3以下としていますか。(サテライトについては1又は2)	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"/>
	共同生活住居は、その入居定員を5人以上9人以下とし、居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けていますか。 (スプリンクラーの設置及び消火器について利用者、入所者又は入居者が直接触れることができない措置を講じているかについても確認してください。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	一の居室の定員は原則1人となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1の居室の面積は収納設備を除き、7.43平方メートル(和室であれば4.5畳)以上となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所は、利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域に所在していますか。		<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
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)	利用申込者又は家族に対し、事業所の概要、重要事項(※1)について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 運営規程の概要、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)	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共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)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)	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)	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. 入退居 (基準第94条)	要介護(要支援)者であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者に対してサービス提供を行っていますか。	アセスメントシート等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により認知症である者であることの確認を行っていますか。	診断書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入居申込者が入院治療を要する場合等入居申込者に対し自ら必要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、他の認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介するなどの対応を行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入居申込者の入居に際しては、心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努め、入居申込者が家族による入居契約締結の代理や援助が必要であると認められながら、これらが期待できない場合については、市町村との連携や成年後見制度や権利擁護に関する事業等の活用を図っていますか。	アセスメントシート等	<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
5. 入退居 (基準第94条)	退居の際には、利用者又はその家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に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"/>
	退居に際しては、利用者又はその家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等への情報の提供及び保険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。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. サービスの提供の記録 (基準第95条)	入居に際しては入居年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居年月日を利用者の被保険者証に記載していますか。	被保険者証の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護サービスを提供した際には、次の内容を記録し、サービス提供日から5年間保存していますか。 ・サービス提供日 ・サービス内容 ・利用者の状況 ・その他必要な事項 等	サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 利用料等の受領 (基準第96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。	請求書 領収書	<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"/>
	介護給付費の対象となる指定認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）のサービスと明確に区分されるサービスについて、介護保険給付の対象とならないサービスである事を利用者又は家族に対し説明を行い、理解を得ていますか。	説明文書 同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食材料費、理美容代、おむつ代の支払いを受けていますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用の支払いを受けていますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支払いを受けている名目を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	前2項目の費用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を行い、利用者の同意を得ていますか。	対応記録等	<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について支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付していますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
領収書に保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用については個別の費用ごとに区分して記載していますか。	請求書 領収証	<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
8. 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)	法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型共同生活介護の利用料の支払を受けた場合は、提供した認知症対応型共同生活介護の内容、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"/>
9. 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針 (基準第97条)	利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、認知症対応型共同生活介護を妥当適切に行っていますか。	—	<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家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われていますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われていますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活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"/>
(身体拘束について)	サービス提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合(切迫性、非代替性、一時性を満たす場合)を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、2年間保存していますか。	身体的拘束等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体的拘束等の適正化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3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられます。	議事録、資料等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体的拘束等の適正化のため指針を整備していますか。また、項目には「事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方」「身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項」「身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針」「事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針」「身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針」「利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針」「その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針」の7項目を含んでいますか。	身体的拘束等の適正化のための指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を新規採用時及び定期的(年2回以上)に実施していますか。	研修記録	<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
9. 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針 (基準第97条)	自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価若しくは運営推進会議における評価を受け、その結果を公表し、常にその改善を図っていますか。	評価結果 目標達成計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 認知症対応型共同生活介護計画の作成 (基準第98条)	管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させていますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、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、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該計画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"/>
	計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の取扱方針 (予防基準第86条)	利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価若しくは運営推進会議における評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっていますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮していますか。	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることとその他の様々の方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。	—	<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
12. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的な取扱い方針 (予防基準第87条)	指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っていますか。	介護予防認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、前項に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成するものとしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該計画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"/>
	指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、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家庭的な環境の下で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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防認知症対応型共同生活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、理解しやすいように説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、他の介護従業者及び利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定介護予防サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供の開始時から当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、モニタリングを行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を前項に定める基準に従っていますか。	<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
13. 介護等 (基準第99条)	介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めていますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 社会生活上の便宜の提供等 (基準第100条)	利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っていますか。	同意書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 利用者に関する市町村への通知 (基準第3条の26準用)	指定認知症対応型共同生活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共同生活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"/>
16. 緊急時等の対応 (基準第80条準用)	現に指定認知症対応型共同生活介護の提供を行っている時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又はあらかじめ当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が定めた協力医療機関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"/>
17. 管理者の責務 (基準第28条準用)	管理者は、指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び指定認知症対応型共同生活介護の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。	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共同生活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"/>
18. 管理者による管理 (基準第101条)	管理者は、同時に介護保険施設、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス（サテライト型の場合は、本体事業所が提供する認知症対応型共同生活介護を除く。）、指定介護予防サービス若しくは指定地域密着型介護予防サービスの事業を行う事業所、病院、診療所又は社会福祉施設を管理する者ではありませんか。 ※ ただしこれらの事業所、施設等が同一敷地内にあること等により当該共同生活住居の管理上支障がない場合は、この限りでない。	組織図 運営規程	<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102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利用定員 ④認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑤入居に当たっての留意事項 ⑥非常災害対策 ⑦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) ⑧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103条)	利用者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定認知症対応型共同生活介護従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮していますか。	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共同生活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"/>
21. 定員の遵守 (基準第104条)	入居定員及び居室の定員を超えて入居させていませんか。 ※災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。	入居者名簿	<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. 業務継続計画の策定等 (基準第3条の30の2準用)	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】 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 初動対応 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) <input type="checkbox"/> 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、必要な研修及び訓練(どちらも年2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 3. 非常災害対策 (基準第82条の2準用)	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者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共同生活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共同生活介護においても、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：() 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。	消防計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1 立地条件 <input type="checkbox"/> 施設等の立地条件 <input type="checkbox"/> 周辺地区の過去の災害発生状況 <input type="checkbox"/> 災害の発生予測		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	2 情報の入手方法 <input type="checkbox"/> 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"/>			
	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		<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"/>			

<p>5 避難場所</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認</p> <p><input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定</p> <p><input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定</p>	<p>非常災害に関する計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>6 避難経路</p> <p><input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定</p> <p><input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定</p> <p><input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成</p> <p><input type="checkbox"/> 所要時間</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>7 避難方法</p> <p><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）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>8 災害時の人員体制、指揮系統</p> <p><input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数</p> <p><input type="checkbox"/> 役割分担</p> <p><input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】</p> <p><input type="checkbox"/> 職員の参集基準【日中・夜間】</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>9 停電・断水時の対応（※訪問・通所は必須でない）</p> <p><input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか</p> <p><input type="checkbox"/> 断水を想定した対策を検討していますか</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>10 関係機関との連携</p> <p><input type="checkbox"/> 関係機関（市町村、警察、消防等）との連携体制の整備</p> <p><input type="checkbox"/> 地元自治会との連携体制の整備有無</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>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。</p>	<p>受水槽の清掃記録 衛生管理マニュアル</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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。</p>	<p>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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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(2)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。</p>		/	/		/	/
<p>(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。</p>	<p>委員会議事録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 衛生管理等 (基準第33条準用)	<p>(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。</p> <p>【平常時の対策】</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所内の衛生管理（環境整備等）</p> <p><input type="checkbox"/> ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等</p> <p>【発生時の対応】</p> <p><input type="checkbox"/> 発生状況の把握</p> <p><input type="checkbox"/> 感染拡大の防止</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 行政等への報告等</p> <p>※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。</p>	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"/>
	<p>(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（年2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。</p>	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. 協力医療機関等 (基準第105条)	利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めていますか。	重要事項説明書 協力医療機関との 契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。	重要事項説明書 協力歯科医療機関 との契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えていますか。	連携先施設との契 約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 掲示 (基準第3条の32 準用)	指定認知症対応型共同生活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。	重要事項掲示物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 秘密保持等 (基準第3条の33 準用)	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共同生活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)	同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 広告 (基準第3条の34 準用)	指定認知症対応型共同生活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106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)に対して当該共同生活住居を紹介す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"/>
	指定居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)又はその従業者から、当該共同生活住居からの退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませんか。		<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)	提供した指定認知症対応型共同生活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. 調査への協力 (基準第84条準用)	提供した指定認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)に関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切な指定認知症対応型共同生活介護が行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 2. 地域との連携 (基準第34条準用)	指定認知症対応型共同生活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、指定認知症対応型共同生活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、認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)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2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共同生活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"/>
	自ら提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価(運営推進会議を活用する場合を含む)を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自己評価及び外部評価結果は、利用者家族へ提供するとともに、法人ホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表していますか。	外部評価結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 3. 事故発生時の対応 (基準第3条の38準用)	利用者に対する指定認知症対応型共同生活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共同生活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
34. 虐待の防止 (基準第3条の38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。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> 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2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"/>
35. 会計の区分 (基準第3条の39準用)	指定認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型共同生活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"/>
36. 記録の整備 (基準第107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共同生活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。 <input type="checkbox"/> ① 認知症対応型共同生活介護計画 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> ③ 身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 <input type="checkbox"/> ④ 利用者に関する市町村への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> ⑤ 苦情の内容等の記録 <input type="checkbox"/> ⑥ 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"/> ⑦ 運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録	左記①～⑦	<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
37. 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6号) 【法115条の15及 び施行規則第140 条の30第1項第3 号】	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。 【厚生労働省令届出事項】 (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 (7) 協力医療機関(病院・歯科など)の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 (8) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制の概要 (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号		<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
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)	認知症対応型共同生活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。	共同生活介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活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 (留意事項通知2-1-(2))	認知症対応型共同生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費(居宅療養管理指導費を除く。)を算定していませんか。 ※認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。	共同生活介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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(暦月)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。	入居者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定員超過利用の基準に該当する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。	介護給付費請求書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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))	暦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"/>

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. 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"/>
	計画作成担当者の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、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るか。 ※人員欠如には以下の場合も含む。 ①計画作成担当者のうち介護支援専門員を配置していない場合 ②計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合 ※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る。	勤務表 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 夜勤体制による減算について (留意事項通知2-1-(9))	夜勤体制による減算については、ある月(暦月)において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において全利用者について所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。 ①夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をい、原則として事業所ごとに設定するものとする)において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合 ②夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合 ※夜勤職員の必要員数に小数が生じる場合においては、整数部分の職員配置に加えて夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16で除して得た数が小数部分の数以上となるよう職員を配置する事ができます。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 「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共同生活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
8. 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「9. 身体拘束廃止未実施減算」へ) 導入している ・ 導入していない		/	/		/	/
	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"/>
9. 身体拘束廃止未実施減算について (算定基準別表5注2)	指定地域密着型サービス基準第97条第6項及び第7項(身体拘束について)に適合していない場合、利用者全員について所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、以下の措置を講じていない場合、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算する必要があることを把握していますか。 【講じる措置の内容】 ・ 身体的拘束の記録を行う ・ 身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果について周知徹底を行う ・ 身体的拘束適正化のための指針を整備する ・ 身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施する	身体的拘束の記録 適正化委員会議事録 身体的拘束適正化のための指針 研修計画 研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 夜勤職員の数2人以上とする場合の取扱い (算定基準別表5注3)	共同生活住居の数が3(全て同一階で隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合に限る)であり、夜勤を行う職員の数2人以上とする場合、所定単位数から1日につき50単位を減算する必要が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"/>

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. 夜間支援体制加算 (算定基準別表5注4)	以下の基準に適合し、届け出ている場合に、1日につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。 ・1ユニットの場合・・・夜間支援体制加算(I) 50 単位 ・2ユニット以上の場合・・・夜間支援体制加算(II) 25 単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1ユニットにつき夜間及び深夜の時間帯を通じて1名の介護従業者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は宿直勤務に当たる者を配置していますか。 ※加算対象の夜勤職員の配置については日々の配置を要するのではなく、1月当たりの勤務延時間が常勤換算1以上であればよい。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の算定に当たっては、すべての開所日において、夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定員超過、人員欠如による減算を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (算定基準別表5注5)	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、認知症対応型共同生活介護を行った場合に、入居を開始した日(医師が判断した当該日又はその次の日に限る)から起算して7日を限度として1日につき200単位を算定していますか。 ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指します。	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"/>
	本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意を得ていますか。 ※この際、短期利用認知症対応型共同生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要があります。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	以下に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に、当該加算を算定していませんか。 a. 病院又は診療所に入院中の者 b. 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中、又は入所中の者 c. 認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録し、事業所は判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を認知症対応型共同生活介護計画書に記録していますか。	認知症対応型共同生活介護計画書	<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
13. 若年性認知症利用者受入加算 (算定基準別表5注6)	若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120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"/>
	初老期における認知症（法第5条の2第1項に規定する認知症）のものに算定していますか。 ※居宅要介護者であって、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知症機能が低下した状態（以下「認知症」という。） 《一部抜粋》	利用者に関する記録等 主治医意見書の写し等	<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、利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行い算定していますか。	認知症対応型共同生活介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症行動・心理症状緊急対応加算算定している場合は算定できない事を把握していますか。	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"/>
14. 利用者が入院したときの費用の算定について (算定基準別表5注7)	利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定していますか。 ※入院の初日及び最終日は、算定できない。	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"/>
	入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるか否かを、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断していますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	必要に応じて利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を提供していますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保し、その旨を利用者等へ説明していますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の入院の期間中の居室は、短期利用認知症対応型共同生活介護等に利用する場合、当該利用者が退院する際に円滑に再入居できるよう、その利用は計画的なものとなっていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. 看取り介護 加算 (算定基準別表5 注8)	以下の要件を満たす場合に、当該利用者について次の単位数を死亡月に加算していますか。 ・死亡日以前31日以上45日以下・・・1日につき72単位 ・死亡日以前4日以上30日以下・・・1日につき144単位 ・死亡日の前日及び前々日・・・1日につき680単位 ・死亡日・・・1日につき1280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"/>
	看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていますか。	看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者による協働の上、当該認知症対応型共同生活介護事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っていますか。	看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取りに関する職員研修を行っていますか。	研修計画 研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	退居した日の翌日から死亡日までの間は算定していませんか。 ※死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は算定することができません。また、医療連携体制加算を算定していない場合は、当該加算を算定できません。	利用者に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者は以下（イ～ハ）のいずれにも適合していますか。						
	イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者ですか。	診断書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 医師等（医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護支援専門員その他の職種の者）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）ですか。	同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）ですか。	同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業所の職員以外での看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所、若しくは訪問看護ステーション（具体的には当該事業所と病院等が自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる状態であること）の職員ですか。		<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
15. 看取り介護 加算 (算定基準別表5 注8)	利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくために、計画(P)、実行(D)、評価(C)、改善(A)のサイクルにより看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には次のような取組が求められます。 ※ 看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。		/	/		/	/
	(P) 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにしていますか。	看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(D) 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(C) 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行っていますか。	カンファレンス記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(A) 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、見直しを行っていますか。	見直しの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	質の高い看取り介護を実施するために、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めていますか。 ※ 看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要。 ※ 説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。	説明資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、以下の事項を盛り込んだ看取りに関する指針が定められていますか。 ※ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を「重度化した場合における対応に係る指針」に記載する場合は、その記載をもって看取り指針の作成に代えることができます。 イ 当該事業所の看取りに関する考え方 ロ 終末期にたどる経過(時期、プロセス毎)とそれに応じた介護の考え方 ハ 事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢 ニ 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む) ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法 ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 ト 家族等への心理的支援に関する考え方 チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法	看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録し、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。 イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録	介護記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者等に対する随時の説明に係る同意について、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載していますか。	介護記録等	<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
15. 看取り介護 加算 (算定基準別表5 注8)	<p>利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っているとは認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能です。</p> <p>この場合には、適切な看取り介護が行われていることは担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておく必要があります。</p> <p>なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要です。</p>						
	<p>看取り介護を受けた利用者が死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は算定していませんか。</p> <p>なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めてください。</p>	利用者に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所を退居等した月と死亡した月が異なる場合、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。</p> <p>※看取り介護加算は死亡月にまとめて算定されることから、利用者側にとって、認知症対応型共同生活介護に入居していない月についても自己負担を請求されることとなるため</p>	同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>退居の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者等に対して説明をし、文書にて同意を得ていますか。</p>	同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、加算を算定していますか。</p> <p>※入院もしくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによります。</p>	利用者に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が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にするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくありません。</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
16. 初期加算 (算定基準別表5 ハ)	入居した日から起算して30日以内の期間については、1日につき30単位を加算していますか。また、30日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も同様とします。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該利用者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する場合は過去1月間とします。)の間に当該事業所に入居したことがない場合に限り算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記にかかわらず、30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、初回加算を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合(短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を終了した翌日に当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合も含む。)については、入居直前の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 医療連携体制加算 (算定基準別表5 ニ)	下記の要件を満たし、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合、該当する区分に従い、次に掲げる所定単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていますか。	重度化した場合の 対応に係る指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同指針には下記の項目が定められていますか。 ・急性期における医師や医療機関との連携体制 ・入院期間中における認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い ・看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等	重度化した場合の 対応に係る指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【医療連携体制加算(Ⅰ)】 39単位/日						
	当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していますか。	契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護師により24時間連絡できる体制を確保していますか。 ※利用者の状態の判断や、介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、准看護師では認められません。	体制図等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	行うべき具体的なサービスとしては、利用者に対する日常的な健康管理、通常時及び利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡、調整、看取りに関する指針の整備等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【医療連携体制加算(Ⅱ)】 49単位/日						
当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で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"/>	
当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していますか。 ※ただし、配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。	体制図等	<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
17. 医療連携体制加算 (算定基準別表5二)	算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上ですか。 ① 喀痰吸引を実施している状態 ② 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ③ 中心静脈注射を実施している状態 ④ 人工腎臓を実施している状態 ⑤ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ⑥ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 ⑦ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ⑧ 褥瘡に対する治療を実施している状態 ⑨ 気管切開が行われている状態		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【医療連携体制加算(Ⅲ)】 59単位/日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護師を常勤換算方法で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"/>
	当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していますか。	体制図等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医療連携体制(I)で行うサービスに加えて協力病院との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活継続できるよう必要な支援を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上ですか。 ① 喀痰吸引を実施している状態 ② 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ③ 中心静脈注射を実施している状態 ④ 人工腎臓を実施している状態 ⑤ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ⑥ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 ⑦ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ⑧ 褥瘡に対する治療を実施している状態 ⑨ 気管切開が行われている状態		<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
18. 退居時相談 援助加算 (算定基準別表5 木)	退居時相談援助加算として、利用者の介護情報を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に利用者1人につき1回につき400単位を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退居時に当該利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行っていますか。	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"/>
	当該利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供していますか。	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"/>
	利用者1人につき1回を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	退居時相談援助の内容は、次のようなものですか。 ①食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助 ②退居する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助 ③家屋の改善に関する相談援助 ④退居する者の介助方法に関する相談援助	利用者に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者、介護職員等が協力して行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	退居者及びその家族等のいずれにも行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行っていますか。	認知症対応型共同生活介護計画書 利用者に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・退居して病院又は診療所へ入院する場合 ・退去して他の介護保険施設への入院若しくは入所又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合 ・死亡退居の場合	介護給付費請求書 介護給付費明細書 利用者にかんする記録等	<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. 認知症専門 ケア加算 (算定基準別表5 へ)	下記の要件を満たし、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して、専門的な認知症ケアを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき所定単位数【（Ⅰ）3単位、（Ⅱ）4単位】を加算していますか。 ※短期利用認知症対応型共同生活介護利用者については算定不可。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象利用者及び配置すべき人員は以下に該当している。 ・「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症のものとは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・「認知症介護に係る専門的な研修」修了者は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症看護に係る適切な研修」の修了者ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」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なっていますか。また、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」、「認知症看護に係る適切な研修」の修了者ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【認知症専門ケア加算（Ⅰ）】 （1）事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症のもの（以下「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上ですか。 （2）認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。 （3）事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書 職員名簿 議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【認知症専門ケア加算（Ⅱ）】 （1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。 （2）認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導を実施していること。 （3）事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書 職員名簿 議事録 研修計画及び報告書	<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
20. 生活機能向上連携加算 (算定基準別表5ト)	【生活機能向上連携加算(Ⅱ)】200単位 利用者に対して指定訪問リハビリテーション事業所、指定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医師・理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、計画作成担当者が利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、同計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき200単位を算定していますか。 ※生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定している場合には算定しない。	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) 「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画」は、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるようその有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めていますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 上記の介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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。)の理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(生活機能アセスメント)を行っていますか。	評価の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院です。						
	(3) 介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載していますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3月を目途とする達成目標		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハ ロの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ニ ロ及びハの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 上記ロ及びハの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。 ※例えば、当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作(立位又は座位の保持等)の時間数といった数値を用いる等	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度生活機能アセスメントに基づき介護計画を見直していますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及びロの達成目標を踏まえた適切な対応を行っていますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<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
20. 生活機能向上連携加算 (算定基準別表5ト)	【生活機能向上連携加算(Ⅰ)】100単位 計画作成担当者が指定訪問リハビリテーション事業所、指定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医師・理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成し、同計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行った日の属する月に100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) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)の要件(1)(3)(4)について満たしていますか。	認知症対応型共同生活介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成担当者に助言を行い、計画作成担当者が助言に基づき、認知症対応型共同生活介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に定期的に報告していますか。	報告の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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場合において把握し、又は指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に助言を行っていますか。 なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成担当者で事前に方法を調整するものとする。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者は、(3)の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、認知症対応型共同生活介護計画の作成を行っていますか。 なお、認知症対応型共同生活介護計画には、(3)の助言の内容を記載していますか。	評価の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 本加算は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した初回の月に限り、算定していますか。 なお、(3)の助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には本加算を算定する事が可能であるが、利用者の急性増悪等により認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合を除き、認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した翌月及び翌々月は本加算は算定できない。	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"/>
	(6) 3月経過後、目標の達成度合いについて利用者及び理学療法士等に報告していますか。 なお、再度(3)の助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能です。	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
21. 栄養管理体制加算 (算定基準別表5チ)	管理栄養士が従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき30単位を加算していますか。	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"/>
	(1) 管理栄養士は外部(他の介護事業所(栄養管理体制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」との連携により体制を確保した場合も算定できる事を認識していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の低栄養状態の評価方法、栄養ケアに関する課題(食事の傾眠、拒食、徘徊・多動等)への対応方法、食形態の調整及び調理方法その他当該事業所において日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントをいうものではない事を認識していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録していますか。 ①当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題 ②当該事業所における目標 ③具体的方策 ④留意事項 ⑤その他必要と思われる事項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。	記録		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 口腔衛生管理体制加算 (算定基準別表5リ)	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき30単位を加算していますか。	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"/>
	(1) 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではないことを認識していますか。 また、「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」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します。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載していますか。 ①当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題 ②当該事業所における目標 ③具体的方策 ④留意事項 ⑤当該事業所と歯科医療機関との連携の状況 ⑥歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。) ⑦その他必要と思われる事項	口腔ケア計画	<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
2.2. 口腔衛生管理体制加算 (算定基準別表5 リ)	(3) 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行わなければならないことを認識していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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"/>

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
23. 口腔・栄養 スクリーニング加 算 (算定基準別表5 ヌ)	介護従業者が、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及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき20単位を算定していますか。 ただし、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は算定できません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 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(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者の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"/>
	ロ 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(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)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"/>
	ハ 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"/>
	(1) 口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングは利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うにあたっては、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すること。 イ. 口腔スクリーニング a: 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 b: 入れ歯を使っている者 c: むせやすい者 ロ. 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」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)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: 結成アルブミン値が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		<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. 科学的介護 推進体制加算 (算定基準別表5 ル)	下記に適合しているものとして利用者に対し指定認知症対応型共同生活介護を行い1月につき40単位を算定していますか。		<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。		<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共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活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共同生活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①～④まで全て提出していますか。(⑤⑥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総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る) ⑥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 ④サービス利用を終了する日の属する月		<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
25. サービス提供体制強化加算 (算定基準別表5ヲ)	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共同生活介護を行い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。		<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) 指定認知症対応型共同生活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)】 指定認知症対応型共同生活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60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①②③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) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の <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50以上 <input type="checkbox"/> ②看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上 <input type="checkbox"/> ③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務年数に加え、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。		<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共同生活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"/>
	認知症対応型共同生活介護の職員に係る常勤換算にあたっては、計画作成等介護の業務時間は含められることを認識していますか。 ※請求事務等介護に関わらない業務は含められません。		<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5 ワ)	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、認知症対応型共同生活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日までの間次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111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81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45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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<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
27. 介護職員等 特定処遇改善加算 (算定基準別表5 カ)	<p>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、指定認知症対応型共同生活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。</p> <p>(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</p> <p>(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</p>	<p>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</p>	<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
VII 介護給付費関係 (介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護費							
1 短期利用認知症対応型共同生活介護費 (I) (予防含む)	共同生活住居 (ユニット) の数が1ですか。	運営規程 平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について、3年以上の経験を有していますか。	組織体制図 職務経歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護の基準に定める従業者の員数を置いていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用するものですか。	平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1の共同生活住居において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は1名としていますか。	入居者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用の開始に当たっては、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていますか。	短期利用認知症対応型共同生活介護 計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たり、認知症介護実務者研修「専門課程」又は「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修を修了している従業者が確保されていますか。	修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 短期利用認知症対応型共同生活介護費 (II) (予防含む)	共同生活住居 (ユニット) の数が2以上ですか。	運営規程 平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について、3年以上の経験を有していますか。	組織体制図 職務経歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護の基準に定める従業者の員数を置いていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用するものですか。	平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1の共同生活住居において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は1名としていますか。	入居者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用の開始に当たっては、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていますか。	短期利用認知症対応型共同生活介護 計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たり、認知症介護実務者研修「専門課程」又は「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修を修了している従業者が確保されていますか。	修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【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)