

介護保険事業所 自己点検シート

＜(介護予防)認知症対応型共同生活介護＞

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

※管理者は、内容について確認してください。

設置法人名			
法人代表者	職名		氏名

指定年月日	年	月	日
指定有効期限	年	月	日
定員	人		

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

介護報酬請求における加算等(認知症対応型共同生活介護) (記入日以前6月以内に算定実績のあるものにチェック☑)	
☐ 夜勤職員基準減算 ☐ 定員超過利用減算 ☐ 人員基準欠如減算 ☐ 身体拘束廃止未実施減算 ☐ 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)(Ⅱ) ☐ 高齢者虐待防止措置未実施減算 ☐ 業務継続計画未策定減算 ☐ 夜間支援体制加算(Ⅰ) ☐ 夜間支援体制加算(Ⅱ) ☐ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 ☐ 若年性認知症利用者受入加算 ☐ 入院時費用 ☐ 看取り介護加算 ☐ 初期加算 ☐ 協力医療機関連携加算 ☐ 医療連携体制加算(Ⅰ)イ ☐ 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ ☐ 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ ☐ 医療連携体制加算(Ⅱ) ☐ 退居時情報提供加算 ☐ 退居時相談援助加算 ☐ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) ☐ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) ☐ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) ☐ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) ☐ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) ☐ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) ☐ 栄養管理体制加算 ☐ 口腔衛生管理体制加算 ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算 ☐ 科学的介護推進体制加算 ☐ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) ☐ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) ☐ 新興感染症等施設療養費 ☐ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ☐ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) ☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) ☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	

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

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