

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自己点検シート

(1) 複数の職員で検討のうえ点検した結果を記載して下さい。(点検結果については、実施後3年間の保管をお願いします。)
 (2) 判定について該当する項目がないときは、選択肢に二重線を引き、「事例なし」又は「該当なし」等と記入して下さい。
 (3) 認知症対応型共同生活介護の基準条例等を基調に作成されていますが、介護予防認知症対応型共同生活介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合には、介護予防認知症対応型共同生活介護の基準条例に準じて一緒に自主点検して下さい。
 ※介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者がいない場合でも、自主点検して下さい。
 利用者がいないため該当する項目がないなどの場合は上の(2)に従って記入して下さい。
 基準条例：総社市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を定める条例
 予防条例：総社市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を定める条例

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	

I 人員基準

従業者の員数	<p>夜間及び深夜の時間帯以外に介護従事者の員数は標準数（利用者の数が3又はその端数を増すごとに1）を満たしていますか。</p> <p>(1) 一介護従事者1人あたりの利用者数を記載してください（複数の介護従事者がいる場合は、1番多数の利用者を担当している介護従事者の担当利用者数を記載） （名）</p> <p>(2) 夜間及び深夜の時間帯の介護従事者の員数は標準数（1以上）を満たしていますか。</p> <p>(3) 介護従事者のうち1以上の者は、常勤となっていますか。 →常勤（名）非常勤（名）</p>	基準条例第110条 予防条例第71条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 職員勤務表 入居者数等のわかる書類 資格証
計画作成担当者	<p>(1) 事業所ごとに計画作成担当者を配置できていますか。</p> <p>(2) 計画作成担当者は、必要な研修を修了していますか。</p> <p>(3) 計画作成担当者のうち1以上の者は、介護支援専門員をもって充てていますか。 *ただし、介護支援専門員は常勤でない者を充てても差し支えない。</p>	基準条例第110条 予防条例第71条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
管理者	<p>(1) ユニットごとに常勤の管理者を置いていますか。ただし、共同生活住居の管理上業務に支障がない場合は、当該共同生活住居のほかの職務に従事することは差し支えない。*訪問系サービス提供者として従事する場合は、支障があると考えられる。</p> <p>(2) 管理者は、必要な研修を修了していますか。</p>	基準条例第111条 予防条例第72条	<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の代表者	<p>(1) 代表者は、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すか。</p> <p>(2) 代表者は、必要な研修を修了していますか。</p>	基準条例第112条 予防条例第73条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II 設備基準

消防設備その他の非常災害に際して必要な設備	<p>(1) 消防用設備及び必要な備品を整備し、点検はできていますか。</p> <p>(2) 入居定員は適切ですか。</p> <p>(3) 一つの居室の定員及び床面積は適切ですか。</p>	基準条例第113条 （平成21年4月消防法施行令改定） 予防条例第74条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------------------	--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

III 運営基準

内容及び手続きの説明・同意	<p>サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者またはその家族に対し、運営規程の概要、介護従事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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。</p>	基準条例第128条 により準用する基準条例第9条 予防条例第86条により準用する予防条例第11条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 運営規程 重要事項説明書 利用申込書
---------------	---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
提供拒否の禁止	利用申込みに対して、要介護度や所得の多寡等を理由にサービス提供を拒否していませんか。 ※提供を拒むことのできる正当な理由としては、 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サービス提供をすることが困難な場合。	基準条例第128条により準用する基準条例第10条 予防条例第86条により準用する予防条例第12条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・利用申込書 ・申込受付簿
受給資格等の確認	(1) 提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間の確認をしていますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第12条 予防条例第86条により準用する予防条例第14条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・認知症対応型共同生活介護計画書 ・入居者に関する記録
	(2) 利用者の被保険者証に、指定地域密着型サービスの適切かつ有効な利用等に関し留意すべき事項が記載されているときは、これに配慮したサービス提供をするように努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護認定の申請に係る援助	(1) 利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合は、要介護認定の申請が既に行われているかどうかの確認をし、申請が行われていない場合は、申込者の意思を踏まえて申請が行われるように必要な援助を行っていますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第13条 予防条例第86条により準用する予防条例第15条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録
	(2) 要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定等の有効期間が終了する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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入退居	(1) 入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めていますか。	基準条例第114条 予防条例第75条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する書類 ・診断書 ・指導、情報提供の記録
	(2) 主治の医師の診断書等により、認知症の状態であることの確認をしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) サービス提供が困難である場合は、適切な他の（介護予防）認知症対応型共同生活介護、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 退居の際には、利用者及び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、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供の記録	(1) 入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称、又は、退居の年月日を被保険者証に記載していますか。	基準条例第115条 予防条例第76条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・被保険者証 ・サービス内容の記録
	(2) 提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用料等の受領	(1) 利用者から介護保険負担割合証記載の負担割合に応じて自己負担分を受領していますか。	基準条例第116条 予防条例第77条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・認知症対応型協働生活介護計画書 ・領収証控 ・説明に用いた文書 ・同意に関する記録
	(2) 現物給付サービスを提供した際には、その利用者から利用料の支払を受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 食材料費、理美容代、おむつ代、その他日常生活費に要する費用の取扱いは適切に行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 上記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、その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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、必要な事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付していますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第22条 予防条例第86条により準用する予防条例第23条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス提供証明書控
指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の取扱方針	(1) 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、妥当適切に行われていますか。	基準条例第117条 予防条例第78条・第88条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する書類 ・認知症対応型協働生活介護計画書
	(2) 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"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
(3)	(介護予防)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"/>	
(4)	介護従業者は、サービス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"/>	
(5)	玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・身体的拘束等に関する記録 ・身体拘束等の適正化委員会の記録 ・身体拘束等の適正化に関する指針
(6)	身体拘束に関するマニュアルの整備がされていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)	サービスの提供に当たっては、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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(身体拘束等)を行っていませんか。 *介護保険指定基準上、利用者の身体拘束が認められるのは『切迫性』『非代替性』『一時性』の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られます。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>《身体拘束禁止の対象となる具体的行為》 身体拘束ゼロへの手引きより</p> <p>①徘徊しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。 ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。 ⑥車いすやベッドから落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。 ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。 ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。 ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 ⑪自分の意思で開けることができない居室等に隔離する。</p>						
(8)	やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9)	身体的拘束等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。 具体的には、次のようなことを想定されている。 ①身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。 ②介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 ③身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。 ④事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。 ⑤報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。 ⑥適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10)	身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 指針には次の項目を盛り込むこと。 ①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 ②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 ③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 ④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 ⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ⑥利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(11)	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定期的に実施していますか。 ※従業者に対する研修については、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要であり、実施内容について記録することが必要である。研修の実施は職員研修事業所内での研修で差し支えない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(12)	必要に応じ、利用者が成年後見制度を活用することができるように配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
自己評価及び外部評価について	(1) 自己評価を少なくとも年1回は行っていますか。 (岡山県地域密着型サービス評価実施要領第2(4)の規定の適用を受けている場合であっても、自己評価を行う必要があります。)	基準条例第117条 予防条例第87条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・評価に関する記録 ・運営推進会議に関する記録
	(2) 外部評価を少なくとも年1回は受けていますか。 (岡山県地域密着型サービス評価実施要領第2(4)の規定の適用を受けている場合は、この限りではありません。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 自己評価・外部評価の結果について、利用申込者又はその家族に対する説明の際に交付する重要事項を記載した文書に添付の上、説明していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 事業所内の見やすい場所に掲示する、自ら設置するホームページ上に掲示するなどの方法により、広く開示していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 利用者又はその家族に手交若しくは送付等により提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 指定を受けている市町村(事業所が存する市町村に限らず)に対し、評価結果等を提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 運営推進会議において説明を行っていますか。		<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基本取扱方針(予防のみ)	(1) 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われていますか。	予防条例第87条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・職務分担表 ・認知症対応型共同生活介護計画書 ・入居者に関する記録 ・面接等に関する記録 ・アセスメントに関する記録 ・担当者会議に関する記録 ・照会に関する記録 ・同意に関する記録 ・モニタリングに関する記録等
	(2) 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"/>	
	(3) 利用者が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に配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、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"/>	
利用者に関する市への通知	(1) 正当な理由なしに利用に関する指示に従わないことにより、要介護等状態の程度を増進させたと認められる時は、その旨を市に通知していますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第28条 予防条例第86条により準用する予防条例第24条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・市への通知
	(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時は、その旨を市に通知していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成	(1) 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。	基準条例第118条 予防条例第88条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・職務分担表 ・認知症対応型共同生活介護計画書 ・入居者に関する記録 ・面接等に関する記録 ・アセスメントに関する記録 ・担当者会議に関する記録 ・照会に関する記録 ・同意に関する記録 ・モニタリングに関する記録等
	(2) 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介護計画を作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(3) (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"/>	
	(4) 介護計画を作成した際には、当該(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び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、実施状況の把握(モニタリング)を行い、必要に応じて変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合で、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業から認知症対応型共同生活介護居宅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"/>	
介護等	(1) 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。	基準条例第119条 予防条例第89条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・認知症対応型共同生活介護計画書 ・提供記録 ・職員勤務表
	(2) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 利用者の食事その他の家事等は、利用者と介護従業者が共同で行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
緊急時等の対応	(1) 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。	基準条例第128条 により準用する基準条例第99条 予防条例第86条により準用する予防条例第56条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 緊急時において円滑な協力を得るため、当該医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めてありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
管理者の責務	管理者は、介護従業者の管理及び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。 また、介護従業者に必要な指揮命令を行っていますか。	基準条例第128条 により準用する基準条例第59条11 予防条例第86条により準用する予防条例第26条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・組織図 ・運営規程
社会生活上の便宜の提供等	(1) 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。	基準条例第120条 予防条例第90条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス提供の記録
	(2) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
管理者による管理	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、指定介護予防サービス若しくは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となっていないですか。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、この限りではありません。	基準条例第121条 予防条例第79条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・組織図 ・運営規程

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
運営規程	<p>共同生活住居ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。</p> <p>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 指定（介護予防）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 緊急時等における対応方法 ⑥ 非常災害対策 ⑦ 虐待防止のための措置に関する事項（R6.3.31までは努力義務） ⑧ その他運営に関する重要事項</p>	基準条例第122条 予防条例第80条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営規程
非常災害対策	(1) 利用者の状態及び地域の自然的社会的条件を踏まえ、想定される非常災害の種類ごとに、対応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及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、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第102条 予防条例第86条により準用する予防条例第59条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害対策計画 ・非常災害時の連絡体系図等 ・訓練記録 ・消防計画 ・防火管理者選任届 ・消防計画に準ずる計画
	(2) 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう日頃から連携に努めるとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者等と連携できる体制の整備に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>防火管理者を置いていますか。 ※収容人数30人以上の場合。</p> <p>（氏名：）</p> <p>* 消防計画があるか。消防計画を届け出ているか。 * 消防計画の策定及び消防業務の実施は、防火管理者が行っているか。 ①延べ面積300㎡以上＝甲種防火管理講習修了者 ②延べ面積300㎡未満＝甲種又は乙種防火管理講習修了者</p> <p>※防火管理者を置かなくてもよいとされている事業所においては、防火管理についての責任者を記入してください。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
勤務体制の確保等	<p>(1) 利用者に対し、適切な指定（介護予防）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。</p> <p>(2) (1)の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。</p> <p>(3) 介護従業者の資質の向上のために、その研修（特に認知症介護に関する知識及び技術の修得を主たる目的とする研修）の機会を確保していますか。</p> <p>(4) (3)の研修内容には、利用者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項を含めていますか。</p> <p>(5) 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（ハラスメント）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。</p>	基準条例第123条 予防条例第81条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用契約書 ・勤務体制一覧表 ・委託契約書 ・研修受講修了証明書 ・研修計画、出張命令 ・研修会資料 ・ハラスメント防止指針
業務継続計画の策定等 （令和6年3月31日までは努力義務）	<p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。</p> <p>(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施していますか。</p> <p>(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p>	基準条例第128条により準用する基準条例第32条2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・訓練記録等 ・研修報告書等研修資料
掲示	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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又は備え付けることによりいつでも関係者に自由に閲覧できるようにしていますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第34条 予防条例第86条により準用する予防条例第32条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・掲示場所確認

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
秘密保持等	(1) 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。	基準条例第128条により準用する基準条例第35条 予防条例第86条により準用する予防条例第33条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・就業時の取り決め等の記録
	(2) 当該事業所の従業者であった者が、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すことがないよう、必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
広告	広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。	基準条例第128条により準用する基準条例第36条 予防条例第86条により準用する予防条例第34条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
定員の遵守	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。)	基準条例第124条 予防条例第82条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域との連携等	(1) サービス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、市の職員又は地域包括支援センターの職員、(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運営推進会議を設置していますか。	基準条例第128条により準用する基準条例第59条の17 第1項から第4項 予防条例第86条により準用する予防条例第39条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・地域交流に関する書類 ・市等の行う事業に関する書類 ・運営推進会議の記録
	(2) 運営推進会議をおおむね2月に1回以上開催し、活動状況を報告しその評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 運営推進会議で出された報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、これを公表していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 運営推進会議について、複数の事業所で合同開催している場合、次の要件を満たしていますか。 ①利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報、プライバシーを保護すること。 ②同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。 ③合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 事業の運営に当たっては、提供した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、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するように努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
衛生管理等	(1) 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。	基準条例第128条により準用する基準条例第59条の16 予防条例第86条により準用する予防条例第31条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・定期消毒の記録等 ・食中毒防止等の記録等 ・指導等に関する記録 ・衛生管理に関する指針・マニュアル等 ・研修記録 ・対応記録
	(2) 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めていますか。 (R6.3.31までは努力義務) ①当該事業所における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を図ること。 ②当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。 ③当該事業所において、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実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、関係通知等に基づき、適切な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
協力医療機関等	(1) 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。	基準条例第125条 予防条例第83条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) サービスの提供体制の確保、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、病院等との間の連携及び支援の体制を整えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	(1) 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（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。	基準条例第126条 予防条例第84条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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收受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
調査への協力等	(1) 提供したサービスに関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切なサービスが行われているかどうかを確認するために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、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。	基準条例第128条により準用する基準条例第104条 予防条例第86条により準用する予防条例第61条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 事業所は、運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について自ら一般に公表するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
苦情処理	(1) 提供したサービス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。	基準条例第128条により準用する基準条例第38条 予防条例第86条により準用する予防条例第36条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 掲示物 ・ 苦情に関する記録 ・ 調査に関する記録 ・ 指導等に関する記録 ・ 改善内容に関する報告
	(2) 苦情を受け付けた場合、当該苦情の内容等を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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り組みを自ら行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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等に応じ、及び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、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"/>	
	(5) 市からの求めがあった場合には(4)の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"/>	
	(6) 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して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、国民健康保険団体連合会からの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"/>	
	(7) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事故発生時の対応	(1) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、市、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。	基準条例第128条により準用する基準条例第40条 予防条例第86条により準用する予防条例第37条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故に関する記録 ・ 研修の記録
	(2) (1)の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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 利用者に対するサービス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っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
虐待の防止	<p>(1) 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とする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図っていますか。(令和6年3月31日までは努力義務)</p> <p>(2) 虐待の防止のための指針を整備していますか。(令和6年3月31日までは努力義務)</p> <p>(3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施していますか。</p> <p>(4) 前(1)～(2)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。(令和6年3月31日までは努力義務)</p>	基準条例第128条により準用する基準条例第40条の2 予防条例第86条により準用する予防条例第37条の2				
記録の整備	<p>(1) 従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。</p> <p>(2) 利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間(平成25年3月31日までに完結した記録については2年間)保存していますか。 ①(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画 ②具体的なサービスの内容等の記録 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 ④利用者に関する市への通知に係る記録 ⑤苦情の内容等の記録 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 ⑦運営推進会議から出された報告、評価、要望、助言等の記録</p>	基準条例第127条 予防条例第85条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 職員名簿 履歴書等 設備台帳 備品台帳 会計関係書類 サービス計画書 提供記録 身体的拘束等に関する記録 市への通知の記録 苦情に関する記録 事故に関する記録

IV 変更の届出等

変更の届出等	<p>事業者は、当該指定に係る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、又は当該(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を市町村長に届け出していますか。</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申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 ④建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 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協力医療機関の名称及び診療科目並びに契約の内容(協力歯科医療機関があるときはこれを含む) ⑧介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制の概要 ⑨地域密着型サービス費の請求に関する事項 ⑩役員の名、生年月日及び住所 ⑪介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p>	介護保険法第78条の5 介護保険法施行規則第131条の13第1項第5号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・変更届書類
--------	--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------

V 介護給付費の算定及び取扱

基本的事項	<p>(1) 認知症対応型共同生活介護費に係る所定の単位数(ユニット数別)により算定していますか。</p> <p>(2) 1円未満の端数があった場合は、切り捨てて計算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者定数超過又は職員数基準を満たさない場合の算定	<p>(1) 利用者の要介護度状態区分に応じて、所定単位数を算定していますか。</p> <p>(2) 運営規程に定められている入居定員を超えている場合又は、介護従業者の員数が基準を満たしていない場合は、所定単位数の70/100で算定していますか。</p> <p>(3) 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たしていない場合は、所定単位数の97/100で算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間支援体制加算	<p>(1) 夜間のケアは適切に行われていますか。</p> <p>(2) 人員配置基準及び加算要件を満たしている算定ですか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間支援体制加算(I)50単位/日	共同生活住居の数が1(1ユニット)ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間支援体制加算(II)25単位/日	共同生活住居の数が2(2ユニット)以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
認知症行動・心理症状緊急対応加算200単位/日	(1) 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、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対する算定ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 介護支援専門員及び受け入れ事業所と連携し、利用者又はその家族に同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 入居を開始した日から起算して7日を限度とした算定ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
若年性認知症利用者受入加算120単位/日	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症対応型入院時費用	(1) 入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときに該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居することができる体制を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 1月に6日を限度として、算定していますか。 (毎月ごとに6日間の費用が算定できるものではない) ※1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで入院時の費用の算定可。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 初日及び最終日に算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 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しても差し支えないですが、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になっているまたは、その場合の期間は算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 利用者の入院の期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看取り介護加算 ※予防なし	(1) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に説明し、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、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を見直していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 看取りに関する職員研修を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 退居した日の翌日から死亡日までの算定ではありませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者について算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した介護に係る計画について、利用者又は家族等に説明し、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 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、看護職員、介護支援専門員等の相互連携の下、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、利用者又は家族等に説明し、同意を得ていますか。 ※随時の説明について口頭で同意を得た場合は、介護記録に説明日時、内容、同意を得た旨を記録する。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8) 看護職員が事業所の職員でない場合、当該事業所が連携を確保する病院、診療所、訪問看護ステーション等からおおむね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距離にありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9) 看取り介護の質を常に向上させていくために、PDCAサイクル(計画、実行、評価、改善)を実践していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10) 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継続的な説明に努めていますか。また、説明の際には、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11) 次の事項について介護記録等に記録し、適切な情報共有に努めていますか。 ① 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等 ② 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な変化及びこれに対するケアの記録 ③ 各プロセスにおいて把握した利用者等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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(12) 看取りの指針について、その内容が適切ですか。 指針のないように盛り込むべき項目としては、例えば以下の事項が考えられる。 ① 当該事業所の看取りに関する考え方 ② 終末期にたどる経過(時期・プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方 ③ 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 ④ 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) ⑤ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法 ⑥ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 ⑦ 家族等への心理的支援に関する考え方 ⑧ 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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(13) 死亡月に発生する自己負担の請求について退居等する際に利用者側に説明し文書にて同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看取り介護加算 (144単位/日)	死亡日以前4日以上30日以下の算定になっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看取り介護加算 (680単位/日)	死亡日の前日及び前々日の算定になっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看取り介護加算 (1280単位/日)	死亡日について死亡月に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
初期加算 30単位/日	(1) 入居した日から起算して30日以内の期間の算定ですか。 (2) 過去3月間に同事業所に入居の履歴が無い者の算定ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療連携体制 加算Ⅰ（1日 につき 39単位） ※予防なし	(1) 職員、又は病院若しくは診療所若しくは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。 (2) 看護師による、24時間連絡体制を確保していますか。 (3) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、本人又は家族等に対して、指針の内容を説明し、同意を得ていますか。 (4) 次の事業所が行うべき具体的なサービスを行うために必要な勤務時間を確保していますか。 ① 利用者に対する日常的な健康管理 ② 通常時及び特に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 ③ 看取りに関する指針の整備		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療連携体制 加算Ⅱ（1日 につき49単位） ※予防なし	(1) 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。 (2) 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。 (3) 看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又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ますか。 (4) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、本人又は家族等に対して、指針の内容を説明し、同意を得ていますか。 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（かくたん）吸引を実施している状態 ② 経鼻胃管や胃瘻（ろう）等の経腸栄養が行われている状態 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（ろう）等の経腸栄養が行われている状態 ⑧ 褥（じよく）瘡（そう）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"/>	
医療連携体制 加算Ⅲ（1日 につき59単位） ※予防なし	(1) 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。 (2) 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。 (3) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、本人又は家族等に対して、指針の内容を説明し、同意を得ていますか。 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（かくたん）吸引を実施している状態 ② 経鼻胃管や胃瘻（ろう）等の経腸栄養が行われている状態 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（ろう）等の経腸栄養が行われている状態 ⑧ 褥（じよく）瘡（そう）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"/>	
退居時相談 援助加算 （利用者1人 につき1回を 限度 400単位）	(1) 利用期間（入居期間）が、1月を超える利用者に対しての算定ですか。 (2) 退居後、居宅又は地域密着型サービスを利用する者の算定ですか。 (3) 利用者1人につき1回を限度とした算定ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	<p>退居の日から2週間以内に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、文書で必要な情報提供を行っていますか。</p> <p>①退居時相談援助の内容 a 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 b 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 c 家屋の改善に関する相談援助 d 退居する者の介助方法に関する相談援助</p> <p>(4) ②次の場合は算定不可 a 退居後、病院又は診療所に入院する場合 b 退居後、介護保険施設若しくは認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合 c 死亡退居の場合</p> <p>③退居時相談援助は、介護支援専門員である計画作成者、介護職員等が協力して行うこと。 ④退居時相談援助は、退居者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ⑤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うこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき3単位）	<p>(1) 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者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す）の占める割合が1/2以上ですか。</p> <p>(2) 認知症介護に係る、専門的な研修を修了している者を基準に応じた人員で配置していますか。</p> <p>(3) 従業者に対する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行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき4単位）	<p>(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合していますか。</p> <p>(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、指導等を実施していますか。</p> <p>(3) 職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い、研修を実施又は実施予定をしていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能向上連携加算Ⅰ （1月につき100単位）	<p>(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を作成していますか。</p> <p>(2) 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、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、現在の状況を適切に把握していますか。</p> <p>(3) 介護計画には、日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する次の内容を記載していますか。 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 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ヶ月を目標とする達成目標 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 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</p> <p>(4) 達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定し、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 ・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</p> <p>(5) 3ヶ月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告していますか。</p> <p>(6) 3ヶ月経過後、加算を算定しようとする場合は、再度理学療法士等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していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能向上連携加算Ⅰ （1月につき100単位）	<p>(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を作成していますか。</p> <p>(2) 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、作業療法士、言語聴覚士又は医師が訪問していますか。</p> <p>(3) 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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	<p>介護計画には、日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する次の内容を記載していますか。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定し、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。</p> <p>例えば</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該目標に係る生活行為の回数 ・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 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>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の改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(7) 初回の介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(8) 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の評価に基づき介護計画を見直していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
栄養管理体制加算 (1月につき30単位)	<p>管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）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回以上行っていますか。</p> <p>【栄養ケアに係る技術的助言及び指導】</p> <p>以下の事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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（食事中の傾眠、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 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>「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。</p> <p>(2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"/>	
口腔衛生管理体制加算	<p>(1) 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回以上受けていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成していますか。</p> <p>【計画記載事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔・栄養スクリーニング加算 (1回につき20単位)	<p>(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔（くう）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ていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>事業所の従業者が、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及び栄養状態について確認していますか。</p> <p>【口腔状態】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ②入れ歯を使っている者 ③むせやすい者 <p>【栄養状態】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①BMIが18.5未満である者 ②1～6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 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 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
科学的介護推進体制加算 (1月につき40単位)	<p>(1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔（くう）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、科学的介護情報システム（LIFE）を用いて、厚生労働省に提出していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	<p>事業所は、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、その更なる向上に努めていますか。</p> <p>【PDCAサイクル】</p> <p>(2) 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する（Plan）。 ②サービスの提供に当たっては、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する（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う（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、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算の取扱いについて	(1) 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により、前年度の平均を用いて算出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について、毎月記録をしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 利用者に対して、直接提供する職員（介護従業者）以外の従業者を加算の対象に含めていませんか。		<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"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1日につき22単位）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70/100以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（1日につき18単位）	看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が60/100以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（1日につき6単位）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50/100以上、又は看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75/100以上、又は職員総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30/100以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算						
介護職員処遇改善加算要件						
(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（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）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。					
(2)	指定事業所において、（1）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、指定権者に届け出ていること。					
(3)	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していますか。※ 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、その内容について指定権者に届け出ること。					
(4)	当該指定事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者に報告すること。					
(5)	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法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。					
(6)	当該指定事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。					
(7)	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一) 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。 (二) (一)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。 (三) 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。 (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。 (五) 介護職員の経験若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。 (六) (五)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。					
(8)	(2)の届出に係る計画の期間中に実施する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職員に周知していること。					
(9)	次に掲げる基準のいずれかに適合していること。 (一) 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。 (二) 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。					

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の111/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準の適合内容	上記加算要件の(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の81/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準の適合内容	上記加算要件の(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の45/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準の適合内容	上記加算要件の(1)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ(9)(一)又は(二)に掲げる基準のいずれかに適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員等特定処遇改善加算要件						
(1)	<p>介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定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。</p> <p>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。</p> <p>(二) 当該指定事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。</p> <p>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の二倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。</p> <p>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。</p>					
(2)	当該指定事業所において、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当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、指定権者に届け出ていること。					
(3)	介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。※ 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、その内容について指定権者に届け出ること。					
(4)	当該指定事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者に報告すること。					
(5)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。					
(6)	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。					
(7)	(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。					
(8)	(7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。(令和3年度は算定要件とされない。)					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	基本単位数に各加算を加えて算定した単位数の31/1000に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記加算要件の(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	基本単位数に各加算を加えて算定した単位数の23/1000に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記加算要件の(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	