

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者自主点検表

記入年月日	令和 年 月 日	（令和4年度版）		
法人名				
介護保険事業所番号	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			
事業所名称				
記入担当者	（職種）	（氏名）	連絡先電話番号	— —

自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。（記載例：☑、■など）
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる□や（ ）内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック（☑、■など）をし、詳細を記入してください。

第1 基本方針

項目	内 容	適	不適	非該当
1 基本方針 【認知症対応型共同生活介護】	(1) 指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護（以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。）の事業は、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ができるようにするものとなっているか。	<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】	(2) 指定地域密着型介護予防サービスに該当する介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「指定介護予防認知症対応型共同生活介護」という。）の事業は、その認知症である利用者が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すものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 従業者の員数等 (1) 介護従業者	(1) 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指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たる介護従業者を、常勤換算方法で、当該共同生活住居の利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上としているか。  事業所で定める日中（又はサービス提供）時間 ( ) : ( ) ~ ( ) : ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて夜間及び深夜の時間帯に行われる勤務（宿直勤務を除く。）を行う介護従業者を1以上配置しているか。ただし、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の有する共同生活住居の数が3である場合において、当該共同生活住居がすべて同一の階において隣接し、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であって、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者による安全対策が講じられ、利用者の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に指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに置くべき介護従業者の員数は、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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の数は、前年度の平均値となっているか。 ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。  前年度の平均値 ( ) 人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 1人以上は常勤であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(5) 事業所に、指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている場合において、(1)から(4)に定める員数を満たす介護従業者を置くほか、指定小規模多機能型居宅介護事業所の人員に関する基準を満たす小規模多機能型居宅介護従業者を置いているとき又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の人員に関する基準を満たす看護小規模多機能型居宅介護従業者を置いているときは、当該介護従業者は、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事しているか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 計画作成担当者	(6) 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者であって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計画作成担当者としているか。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所における他の職務に従事することができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 計画作成担当者は、別に厚生労働大臣が定める研修を修了している者となっているか。 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修（実践者研修） <input type="checkbox"/> 痴呆介護実務研修（基礎課程）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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るか。ただし、併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との連携を図ることにより当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、これを置かないことができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 計画作成担当者である介護支援専門員は、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るか。 （監督方法： ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) (8)の規定にかかわらず、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所であって、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有する指定認知症対応型共同生活介護事業者により設置される当該指定認知症対応型共同生活介護事業所以外の指定認知症対応型共同生活介護事業所であって当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に対して指定認知症対応型共同生活介護の提供に係る支援を行うもの（以下「本体事業所」という。）との密接な連携の下に運営されるものをいう。以下同じ。）については、介護支援専門員である計画作成担当者に代えて、(7)に規定する研修を修了している者を置くことができる。 このような事例はあるか（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 人員に関する基準のみなし規定	(12) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定認知症対応型共同生活介護の事業と指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 管理者	(1) 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置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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看護小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事することができるが、このような事例はあるか。（ ）と兼務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)(2)にかかわらず、共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居の管理者は、本体事業所における共同生活住居の管理者をもって充てることができる。 このような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 管理者は、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供するために必要な知識及び経験を有し、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、指定認知症対応型共同生活介護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を有する者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(5) 下記の研修を修了しているか。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修 <input type="checkbox"/> 平成18年3月31日までに、都道府県及び指定都市が実施する「認知症（痴呆）介護実務者研修」のうち基礎課程又は「認知症介護実践研修」のうち実践者研修を修了した者であって、平成18年3月31日に、現に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、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者の職務に従事している者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム管理者研修	<input type="checkbox"/>	<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	(1) 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、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 下記の研修を修了しているか。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修 <input type="checkbox"/> 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 基礎課程又は専門課程 <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 第3 設備に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
	用途の変更により必要な設備基準を満たしていない場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 事業所	事業所は、共同生活住居を有するものとし、その数は1以上3以下（サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所にあつては、1又は2）となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 共同生活住居	(1) 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るか。 ※ 居間及び食堂は、同一の場所とすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 複数の共同生活住居を設ける場合であっても、居間、食堂及び台所については、それぞれ共同生活住居ごとの専用の設備となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 居室	(1) 1の居室の定員は、1人となっているか。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができるが、事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 1の居室の床面積は、7.43平方メートル以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 その他	(1) 居室、便所、浴室等にナースコール又はこれに代わる設備は設置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。（扉がガラスでないもの、施錠可能なものが望ましい）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事故の未然防止（誤飲防止）の観点から、画鋲やマグネット等を使用していないか。また、トイレ・浴室等に、使い捨て手袋や洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 事業所の立地	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あるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 設備に関する基準のみなし規定	事業者が指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定認知症対応型共同生活介護の事業と指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 第4 運営に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要（「17 運営規程」の項目参照） <input type="checkbox"/> 介護従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 （ <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日 <input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況） <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 自己評価及び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した文書に添付の上、説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	事業者は、正当な理由なく指定認知症対応型共同生活介護の提供を拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 受給資格等の確認	(1) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供を求められた場合は、その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を確かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定認知症対応型共同生活介護を提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 要介護認定の申請に係る援助	(1) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定居宅介護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の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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 入退居	(1) 指定認知症対応型共同生活介護は、要介護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提供されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、入居申込者が入院治療を要する者であること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、適切な他の指定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等の適切な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、利用者の退居の際には、利用者及び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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、利用者の退居に際しては、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、指定居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、入居に際しては入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退去に際しては退去の年月日を、利用者の被保険者証に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等（短期利用認知症対応型居宅介護を提供している場合は送迎記録等）を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 利用料等の受領	(1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定認知症対応型共同生活介護事業者に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内 容	適	不適	非該当
(その他の日常生活費)	(3) 事業者は、(1)(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けているか。 <input type="checkbox"/> ①食材料費 <input type="checkbox"/> ②理美容代 <input type="checkbox"/> ③おむつ代 <input type="checkbox"/> ①～③のほか、指定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（以下、「その他の日常生活費」という。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、(3)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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)の同意については、利用者等及び事業所等双方の保護の立場から、当該サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者等の署名を受けることにより行っているか。 ※介護保険施設等における日常生活費等の受領について (老振第75号老健第122号平成12年11月16日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) その他の日常生活費の徴収に当たっては、利用者又はその家族の希望によるものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) その他の日常生活費は、保険給付の対象となっているサービスと重複したものとなっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) その他の日常生活費は、あいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(預かり金)	(9) 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金管理規程を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管しているか。 <input type="checkbox"/> 適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っているか。 <input type="checkbox"/> 利用者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されているか。 <input type="checkbox"/> 利用者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(その他の日常生活費以外の費用)	(10) 日常生活上の便宜とはいえないものについては、その他の日常生活費とは別に徴収しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) その他の日常生活費以外のものについても、利用者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収証の発行)	(12) 利用者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 領収証には、消費税の課税・非課税の区分が明確にされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(前払金の返還方法を明示した契約の締結)	(14) 事業者は、家賃等の全部または一部を前払金として一括して受領する場合、入居後3月以内に契約解除又は死亡した場合及び想定入居期間（前払金の償却期間）内に契約解除又は死亡した場合は、【契約解除等までの日数×日割計算した家賃等】を除き、前払金を返還する旨の契約（返還される前払金の額を記載）を締結しているか。 ※家賃等とは、入居一時金、介護一時金、協力金、管理費、入会金その他いかなる名称であるかを問わず、グループホームを運営する事業者が収受するすべての費用。敷金は家賃の6月分相当額以内であれば対象外、その額を超える場合は対象となる。 ※ 権利金に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 保険給付の請求のための証明書の交付	事業者は、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に係る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て交付しているか。	<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	(1) 指定認知症対応型共同生活介護は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者1人1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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定認知症対応型共同生活介護は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 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、懇切丁寧にを行うことを旨とし、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(介護予防)	(5) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たり、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たり、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(身体的拘束等の原則禁止)	(9) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、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、身体的拘束等を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を本人又はその家族に説明しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、ケース検討会議等で他に方法がなかったかどうかを検討しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 事業者は、(9)の身体的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い理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 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とする。）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るか。  前々々回開催日（ 年 月 日） 前々回開催日（ 年 月 日） 前回開催日（ 年 月 日） 直近開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 例えば、以下のようなことについて取り組んでいるか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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、上記の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 <input type="checkbox"/> 身体的拘束適正化検討委員会において、上記により報告された事例を集計し、分析すること。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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"/>
	(13) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) 身体的拘束等の適正化のための指針には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 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"/>
	(15) 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実施しているか。  研修年月日：（ 年 月 日） （ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 職員教育を組織的に徹底させていくために、身体的拘束等の適正化のための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当該研修を実施し、研修の実施内容について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内 容	適	不適	非該当
	(9) 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、当該介護予防認知症対応型共同生活介護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、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握（以下、「モニタリング」という。）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更については、(1)から(9)までの規定に準じて行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 介護等	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の食事その他の家事等は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 社会生活上の便宜の提供等	(1) 事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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、代わって行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 利用者に関する市への通知	事業者は、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に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 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、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 緊急時等の対応	(1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。 緊急時における対応フロー（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護従業者は、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ときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 管理者の責務	(1) 管理者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、当該事業所の従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 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（サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の場合は、本体事業所が提供する指定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となっていないか。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 運営規程	事業者は、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るか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 指定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 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他の運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則的禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 勤務体制の確保等	(1) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内容	適	不適	非該当
	<p>(3) (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るか。</p> <p>(4) 事業者は、介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 年間研修計画の策定（有・無）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修機会の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 事故対応：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理（感染症及び食中毒防止）：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症介護：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修記録（有・無）</p> <p><input type="checkbox"/> 欠席者への情報共有方法（ ）</p> <p>(5) 事業者は、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	<p>(6) 事業者は、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、政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護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るか。</p> <p>認知症介護基礎研修を受講させるために講じている措置の内容（ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 定員の遵守	<p>事業者は、入居定員及び居室の定員を超えて入居させていないか。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 業務継続計画の策定等 (令和6年3月31日までの経過措置あり)	<p>(1) 事業者は、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るか。</p> <p>(2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。</p> <p>なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。</p> <p><input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> a 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）</p> <p><input type="checkbox"/> b 初動対応</p> <p><input type="checkbox"/> c 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）</p> <p><input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> a 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）</p> <p><input type="checkbox"/> b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</p> <p><input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携</p> <p>(3) 事業者は、介護従業者に対し、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るか。</p> <p>(4) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行っているか。</p> <p>職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施しているか。また、研修の実施内容についても記録しているか。</p> <p>なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(5) 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 非常災害対策	(1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てているか。 <input type="checkbox"/> 火災、風水害、地震等に対応した内容となっている  【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件（地形 等） <input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法 （「高齢者等避難」等の情報の入手方法の確認等） <input type="checkbox"/> 災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員 等） <input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準（「高齢者等避難発令」時 等） <input type="checkbox"/> 避難場所（市が指定する避難場所、施設内の安全なスペース 等） <input type="checkbox"/> 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間 等） <input type="checkbox"/> 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等） 等） <input type="checkbox"/> 災害時の人員体制、指揮系統 （災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数 等） <input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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事業所においても、防火管理について責任者を定めているか。 防火管理者：（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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員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るか。  <input type="checkbox"/> 消防訓練（年 回） 直近実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定） 前回実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定）  <input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要 直近実施日（ 年 月 日） 前回実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要 直近実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 衛生管理等	(1) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 簡易専用水道【有効容量が10m <sup>3</sup> を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年1回法定検査を受けているか。 （10立方メートル以下の場合場合は使用水に異常を認めたと時）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年1回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 井戸水を使用している場合、必要な水質検査（年1回）を実施し、適切に衛生管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	<p>④ 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、常に0.4mg/l以上を保たれている。</p> <p><input type="checkbox"/> 浴槽水を適切に（1週間に1回以上）交換し、清掃を行っている。 ※浴槽水交換頻度 回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認している。（高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい） 1回目：時期 年 月 日 結果 2回目：時期 年 月 日 結果</p> <p><input type="checkbox"/> 水質検査を実施した場合には、その結果を市に報告している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	<p>(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を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日 ） 前回開催日（ 年 月 日 ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 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しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 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に実施しているか。 訓練実施日（ 年 月 日 ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 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等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 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、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(8) 職員の健康管理について、年間1回以上（深夜勤務を行う者は半年に1回以上）定期健康診断を実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(9) 以下の取組を行っているか。 <input type="checkbox"/> 感染症マニュアルを整備しているか。 <input type="checkbox"/> 感染症マニュアルの内容を職員に周知しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(9) 医薬品及び医療用具の管理は適切か。 <input type="checkbox"/> 医薬品は施錠のできる場所に保管されているか。 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮しているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては管理責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品、薬剤の取扱いにおいて、利用者への与薬に関するマニュアル等を作成し、誤薬・誤飲防止等の利用者に対する安全対策を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>10) 以下の対応をしているか。 <input type="checkbox"/> シーツ交換は週1回以上行っているか。 <input type="checkbox"/> 清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置いていないか。 <input type="checkbox"/> 共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしているか。（職員、利用者共） <input type="checkbox"/> 手指消毒剤又は消毒器を設置しているか。 <input type="checkbox"/> 入所者の健康保持のための措置として、定期健康診断・胸部X線（年に1回）の実施等を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 医療機関との協力体制等	<p>(1) 事業者は、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者は、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 事業者は、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、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
24 掲示	(1) 事業者は、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るか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)に規定する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、(1)の規定による掲示に代えることができるが、このような事例はあるか。      ( 有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 秘密保持等	(1) 事業所の従業者は、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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、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るか。 <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 広告	事業者は、事業所について広告をする場合において、その内容が虚偽又は誇大なものとしていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	(1) 事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定居宅介護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受取していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 苦情処理	(1) 事業者は、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るか。  苦情対応マニュアル ( 有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、事業所に掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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自ら行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護に関し、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、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(5)の改善の内容を報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護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指導また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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(7)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 調査への協力等	事業者は、提供した指定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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ホ 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること <input type="checkbox"/> ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること <input type="checkbox"/> ト ヘの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の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"/> 虐待の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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、介護従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)3(5)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るか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業所の従業員は、高齢者虐待を発生しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 入居する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 <input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 会計の区分	事業者は、指定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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 事業者は、従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。 (2) 事業者は、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、その完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画 <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 身体的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"/> 利用者に関する市町村への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <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の記録 <input type="checkbox"/> 運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 変更の届出	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、10日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
36 電磁的記録等	(1) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するものうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によって認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。 このような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法を用いる。）によることができる。 このような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 第5 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）

出典：大阪府 登録特定行為事業者 自主点検表（令和2年3月16日 更新分）

○文章中、「法」とは「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年5月26日法律第30号）」を、「省令」とは「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」を指します。

項目	内容	適	不適	非該当
1 登録基準	登録番号（ ）			
	(1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合しているか。			
	①介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	③対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出しているか。 ※報告の頻度は特に定めはないが、一定程度の頻度で行うこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しをしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されているか。その他安全かつ適正に実施するために必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。 ※認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉士等に対し喀痰吸引等業務を行わせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。 【委員会のメンバー】 ・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。 ※メンバーの職種記載  ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※安全委員会は、多職種から構成すること。 ※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す所掌内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可			
	＜安全確保体制における具体的取組内容＞ 安全委員会等においては、以下について取り決めを行っているか。 <input type="checkbox"/> 当該委員会の設置規程に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関すること。 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討 <input type="checkbox"/> その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	＜安全委員会等の運用上の留意事項＞ 安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。 <input type="checkbox"/> 安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 <input type="checkbox"/> 当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。  ※喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 登録の変更に関する事項	登録の変更は適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称 <input type="checkbox"/> 法人の住所 <input type="checkbox"/> 法人の代表者 <input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 業務方法書 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/> 登録特定行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第5 業務管理体制の整備



項目	内容	適	不適	非該当
項目	内容	適	不適	非該当
	事業者（法人）において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出しているか。 ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】 法令遵守責任者の届出（ 済 ・ 未済 ） 所属・職名（ ） 氏名（ ） 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】 ①に加えて、規程の概要の届出（ 済 ・ 未済 ） ③ 業務執行の状況の監査の定期的な実施【事業所（施設）数が100以上の法人のみ】 ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出（ 済 ・ 未済 ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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るか。 ※ 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、届出が必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ているか。 ※所管庁（届出先） ◎指定事業所又は施設が3以上の地方厚生局の区域に所在する事業者 ・・・厚生労働大臣（厚生労働省老健局） ◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在し、かつ2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者 ・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事 ◎すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者 ・・・豊中市長（長寿社会政策課） ◎上記以外の事業者 ・・・大阪府知事（福祉部高齢介護室介護事業者課）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第7 介護給付費関係

項目	内容	適	不適	非該当
1 基本的事項 （サービス種類相互の算定関係）	(1) 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。）は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（入所等の日数の数え方）	(2) 入居又は入所の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含んでいるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（定員超過利用に該当する場合）	(3) 市長に提出した運営規程に定められている利用定員を超えている場合、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（人員基準欠如に該当する場合）	(4) 従業者の員数が、人員基準上満たすべき員数を下回っている場合、全利用者について、所定単位数の100分の70を乗じて得た単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 人員基準欠如については、人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について減算されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 人員基準欠如については、人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、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、利用者等の全員について減算されているか（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 認知症対応型共同生活介護事業所における計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合及び認知症対応型共同生活介護事業所（サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所を除く。）における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には、利用者等の全員について減算されているか。	<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（I）	(1) 当該指定認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(2) 次のいずれにも適合しているか。ただし、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあつては、(一)及び(二)にかかわらず、事業所の共同生活住居ごとに定員を超えて、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができる。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 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あること。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 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名とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 短期利用共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者が確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)に規定する「短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者」とは、認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「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者とする。 (氏名 : 年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 豊中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等を定める条例（以下、「市条例」という。）第111条に定める従業者の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	<p>(1) 当該指定認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、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るか。</p> <p>次のいずれにも適合しているか。ただし、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあつては、(一)及び(二)にかかわらず、事業所の共同生活住居ごとに定員を超えて、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができる。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 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あること。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 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名とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 短期利用共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者が確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)に規定する「短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者」とは、認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「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者とする。 (氏名 : 年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 市条例第111条に定める従業者の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 身体拘束廃止未実施減算	<p>運営基準における身体拘束廃止にかかる基準を満たさない場合には減算しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的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い理由を記録しているか。</p> <p><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とする。）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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。</p> <p><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定期的な研修を実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 夜勤職員減算	(1) 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定の単位を減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(3) 当該事業所における夜勤時間帯</p> <p>■ 設定した夜勤時間帯 ( : ~ : )</p> <p>※夜勤時間帯とは、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時間を行い、原則として事業所又は施設ごとに設定するもの。</p>			
	<p>(4) 夜勤を行う職員の員数が基準を満たさない場合の減算については、ある月において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されているか。</p> <p>□ 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時間を行い、原則として事業所又は施設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</p> <p>□ 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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(共同生活住居の数が3である場合)	(5) 共同生活住居の数が3である事業所が、夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合に、利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定の単位を差し引いて得た単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 夜間支援体制加算(I)	(1) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数が1であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 夜間支援体制加算(II)	(1) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数が2以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 認知症行動・心理症状緊急対応加算	(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、緊急に指定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し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、入居を開始した日から起算して7日を限度として、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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ているか。また、事業所も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介護サービス計画書に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 若年性認知症利用者受入加算	(1) 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって、要介護者又は要支援者となった者）に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 入院時費用	(1) 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日を限度として加算しているか。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者について、病院又は診療所に入院する必要性が生じた場合であって、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は、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (2)について、あらかじめ利用者に対して説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 看取り介護加算	(1) (6)に適合する利用者に対して、死亡日以前31日以上45日以下、死亡日以前4日以上30日以下について、死亡日の前日及び前々日について、死亡日について、それぞれの単位を死亡月に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 退去した日の翌日から死亡日までの間又は医療連携体制加算を算定していない場合に、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 看取りに関する職員研修を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 次のいずれにも適合している利用者であるか。  <input type="checkbox"/> 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あること。 <input type="checkbox"/> 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）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であること。（家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。） <input type="checkbox"/> 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、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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、その写しを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 看取りに関する指針に盛り込むべき項目として以下の内容が含まれているか。  （例示） <input type="checkbox"/> 当該事業所の看取りに関する考え方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供及び意思確認の方法 <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 <input type="checkbox"/> 家族等への心理的支援に関する考え方 <input type="checkbox"/> 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"/>
	(9) 重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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ているか。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看取り介護の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"/>
	(11) 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、入所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ことと認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、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いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 初期加算	(1) 入居した日から起算して30日以内の期間については、所定の単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、同様としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 医療連携体制加算(I)	(1) 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名以上確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 看護師により24時間連絡できる体制を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 具体的なサービスとして、以下を想定しており、  <input type="checkbox"/> 利用者に対する日常的な健康管理 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針の整備  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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 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、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 重度化した場合における対応に係る指針には、以下のような項目が盛り込まれているか。 <input type="checkbox"/> ① 急性期における医師や医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> ② 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 <input type="checkbox"/> ③ 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の看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 医療連携体制加算(Ⅱ)	(1) 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名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)により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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 具体的なサービスとして、以下を想定しており、 <input type="checkbox"/> 利用者に対する日常的な健康管理 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針の整備  加えて、協力医療機関等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を継続できるように必要な支援を行っているか。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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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人以上であるか。 <input type="checkbox"/> (一) 喀痰吸引を実施している状態 <input type="checkbox"/> (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 <input type="checkbox"/> (三) 中心静脈注射を実施している状態 <input type="checkbox"/> (四) 人工腎臓を実施している状態 <input type="checkbox"/> (五) 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 <input type="checkbox"/> (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 <input type="checkbox"/> (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 <input type="checkbox"/> (八) 褥瘡に対する治療を実施している状態 <input type="checkbox"/> (九) 気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 重度化した場合における対応に係る指針には、以下のような項目が盛り込まれているか。 <input type="checkbox"/> ① 急性期における医師や医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> ② 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 <input type="checkbox"/> ③ 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の看取りに関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 医療連携体制加算(Ⅲ)	(1) 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名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 具体的なサービスとして、以下を想定しており、 <input type="checkbox"/> 利用者に対する日常的な健康管理 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針の整備  加えて、協力医療機関等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を継続できるように必要な支援を行っているか。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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内 容	適	不適	非該当
	(3) 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、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 認知症介護に係る専門的な研修として、「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を修了しているか。 (氏名 ) 認知症介護実践リーダー研修： 年 月 日修了 認知症看護に係る適切な研修： 年 月 日修了 研修名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所の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開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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等を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 認知症介護の指導に係る専門的な研修として、「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了しているか。 (氏名 ) 認知症介護指導者養成研修： 年 月 日修了 認知症看護に係る適切な研修： 年 月 日修了 研修名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 当該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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(1) 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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定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に所定の単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1) 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、計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定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月につき所定の単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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ていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の認知症対応型共同生活介護計画には、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るか。 <input type="checkbox"/> a 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"/> b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目標とする達成目標 <input type="checkbox"/> c b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"/> d b及びc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"/>
21 栄養管理体制加算	(1) 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回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(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るか。 <input type="checkbox"/> イ 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 <input type="checkbox"/> ロ 当該事業所における目標 <input type="checkbox"/> ハ 具体的方策 <input type="checkbox"/> ニ 留意事項 <input type="checkbox"/> ホ その他必要と思われる事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 口腔衛生管理体制加算	(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回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 定員超過利用又は人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「入居者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 当該事業所において入居者の口腔ケアを推進するための課題 <input type="checkbox"/> 当該事業所における目標 <input type="checkbox"/> 具体的方策 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> その他必要と思われる事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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・マネジメントにかか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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 口腔・栄養スクリーニング加算	(1) 事業所の従業者が、利用開始日及び利用中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回につき所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 科学的介護推進体制加算	(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るか。	<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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 サービス提供体制強化加算(I)	(1) 次のいずれかに適合するか。 <input type="checkbox"/> (一) 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70以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 事業所の介護職員の総数のうち、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以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 サービス提供体制強化加算(II)	(1) 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以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 事業所の看護・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以上であるか。 <input type="checkbox"/> (三) 指定認知症対応型共同生活介護を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分の30以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用見込額が、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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。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、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用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。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (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か。 <input type="checkbox"/> (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か。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に依り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か。 <input type="checkbox"/> (六) (五)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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用見込額が、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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。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、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項 目	内 容	適	不適	非該当
	(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、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用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。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (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か。 <input type="checkbox"/> (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か。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用見込額が、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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。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、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 【キャリアパス要件Ⅰ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> a 介護職員の任用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。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> 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か。 <input type="checkbox"/> (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 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か。 <input type="checkbox"/> b aについて、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 介護職員等特定処遇改善加算(I)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1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440万円以上であるか。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該 当
	(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2倍以上であるか。 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。	□	□	□
	(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440万円を上回っていないか。	□	□	□
	(2) 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、市長に届け出ているか。	□	□	□
	(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るか。 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当該事業所の職員の賃金水準（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、その内容について市長に届け出ているか。	□	□	□
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	□	□	□
	(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か。	□	□	□
	(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か。	□	□	□
	(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）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知しているか。	□	□	□
	(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か。	□	□	□
32 介護職員等特定処遇改善加算(II)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、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か。	□	□	□
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1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440万円以上であるか。 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。	□	□	□
	(二) 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か。	□	□	□
	(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2倍以上であるか。 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。	□	□	□
	(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440万円を上回っていないか。	□	□	□
	(2) 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、市長に届け出ているか。	□	□	□
	(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るか。 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当該事業所の職員の賃金水準（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、その内容について市長に届け出ているか。	□	□	□
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	□	□	□
	(5) 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か。	□	□	□
	(6) (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）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知しているか。	□	□	□
	(7) (6)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か。	□	□	□
33 介護職員等ベースアップ等支援加算	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まった毎月支払われる手当に充て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か。	□	□	□

項 目	内 容	適	不適	非該 当
	(2) 指定認知症対応型共同生活介護事業所において、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ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。 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当該事業所の職員の賃金水準（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、その内容について市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 認知症対応型共同生活介護費における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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (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に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>