

項目	内容	適	不適	非該当
	(5) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、看護職員又は介護職員を、常時1人以上当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護に従事させているか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (4)にかかわらず、同項の看護職員又は介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護職員として従事することができるものとする。そのような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は、常勤となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 機能訓練指導員	(8) 1以上いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該事業所の他の職務に従事することができる。そのような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(理学療法士等の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有するものに限る。)の資格を有する者となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 利用定員	(11) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護であってその提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われるものをいい、その利用定員を12人以下としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) みなし規定	(12) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者が単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業と単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所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場合については、指定地域密着型介護予防サービス基準条例第5条第1項から第6項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。そのような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 従業者の員数等 (共用型)	(1) 指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の居間若しくは食堂又は指定地域密着型特定施設若しくは指定地域密着型介護老人福祉施設の食堂若しくは共同生活室において、これらの事業所又は施設の利用者、入居者又は入所者とともに指定認知症対応型通所介護の事業を行う者が当該事業を行う事業所に置くべき従業者の員数は、当該利用者、当該入居者又は当該入所者の数と当該共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の数を合計した数について、第111条、第131条若しくは第153条又は指定地域密着型介護予防サービス基準条例第72条に規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 利用定員等	(2) 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員は、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所においては共同生活住居ごとに、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設においては施設ごとに1日当たり3人以下とし、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設においてはユニットごとに当該ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の入居者の数と当該共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の数の合計が1日当たり12人以下となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 共用型指定認知症対応型通所介護事業者は、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年以上の経験を有する者となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) みなし規定	(4) 共用型指定認知症対応型通所介護事業者が共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、共用型指定認知症対応型通所介護の事業と共用型指定介護予防認知症対応型通所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場合については、指定地域密着型介護予防サービス基準条例第9条第1項に規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。そのような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 管理者	(1) 事業者は、事業所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) 事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事しているか。 なお、共用型指定認知症対応型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共用型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事し、かつ、同一敷地内にある他の本体事業所等の職務に従事することとしても差し支えない。 ()と兼務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	<p>(3) 管理者は、適切な指定認知症対応型通所介護を提供するために必要な知識及び経験を有する者であって、下記の研修を修了しているものであるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム管理者研修</p>	<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
1 設備及び備品等 (単独型・併設型)	(1) 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、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"/>
	(2) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 設備は、専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業の用に供するものであるか。ただし、利用者に対する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 食堂及び機能訓練室 (単独型・併設型)	(1) 食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)にかかわらず、食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保することができ、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあっては、同一の場所としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 相談室 (単独型・併設型)	遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 宿泊サービス(単独型・併設型)	単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者が設備を利用し、夜間及び深夜に単独型・併設型指定認知症対応型通所介護以外のサービスを提供する場合には、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者に係る指定を行った市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 みなし規定	単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者が単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業と単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所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場合については、指定地域密着型介護予防サービス基準条例第3条第1項及び第2項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、第1項から第3項までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 その他	(1) 利用者にかかる各種記録等を保管するものにあっては、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、施錠可能なもの等が望ましい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、浴室・トイレ内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"/>
	(3) 静養室、トイレ、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"/>

第4 運営に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 内容及び手続の説明及び同意	(1) 指定認知症対応型通所介護事業者は、指定認知症対応型通所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、重要事項に関する規程の概要、認知症対応型通所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
	<p>(2) 重要事項説明書には、利用申込者がサービスを選択するために重要な事項を記載しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要（22 運営規程の項目を参照）</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制</p> <p><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）</p> <p><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</p>	<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通所介護の提供を拒んではいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定認知症対応型通所介護を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定認知症対応型通所介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	<p>(1) 事業者は、指定認知症対応型通所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。</p> <p>(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、指定認知症対応型通所介護を提供するように努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定等の申請に係る援助	<p>(1) 事業者は、指定認知症対応型通所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。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身の状況等の把握	事業者は、指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 指定居宅介護支援事業者等との連携	<p>(1) 事業者は、指定認知症対応型通所介護を提供するに当たっては、指定居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。</p> <p>(2) 事業者は、指定認知症対応型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	事業者は、指定認知症対応型通所介護の提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、指定認知症対応型通所介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿った指定認知症対応型通所介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 居宅サービス計画等の変更の援助	事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 サービスの提供の記録	<p>(1) 事業者は、指定認知症対応型通所介護を提供した際には、当該指定認知症対応型通所介護の提供日及び内容、当該指定認知症対応型通所介護について利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。</p> <p>(2) 事業者は、指定認知症対応型通所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（送迎記録等含む）を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 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通所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通所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事業者へ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"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(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通所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、指定認知症対応型通所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"/>
(その他日常生活費)	(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ることができる。 <input type="checkbox"/> 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護に通常要する時間を超える指定認知症対応型通所介護であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定認知症対応型通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額を超える費用 <input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> おむつ代 <input type="checkbox"/> 以上に掲げるもののほか、指定認知症対応型通所介護の提供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、その利用者負担させることが適当と認められるもの【支払いを受けている費用()】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 食事の提供に要する費用については、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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"/>
(領収証の発行)	(1) 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発行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 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指定認知症対応型通所介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定認知症対応型通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針	(1) 指定認知症対応型通所介護は、利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、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"/>
(質の評価)	(2) 事業者は、自らその提供する指定認知症対応型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	(1) 指定認知症対応型通所介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定認知症対応型通所介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 認知症対応型通所介護従業者は、指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指定認知症対応型通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 指定認知症対応型通所介護は、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、以下に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供しているか。 <input type="checkbox"/> あらかじめ認知症対応型通所介護計画に位置付けられていること。 <input type="checkbox"/> 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 認知症対応型通所介護計画の作成	(1) 管理者は、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、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 認知症対応型通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症対応型通所介護従業者が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(4) 認知症対応型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 管理者は、認知症対応型通所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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 管理者は、認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 認知症対応型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 認知症対応型通所介護計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 介護予防認知症対応型通所介護の基本取扱方針	(1) 指定介護予防認知症対応型通所介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定介護予防認知症対応型通所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"/>
	(3) 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"/>
	(4) 事業者は、指定介護予防認知症対応型通所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"/>
18 介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針（介護予防認知症対応型通所介護計画）	(1) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、(1)に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防認知症対応型通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護予防認知症対応型通所介護計画の作成に当たっては、サービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護予防認知症対応型通所介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 管理者は、介護予防認知症対応型通所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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該介護予防認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 従業者は、介護予防認知症対応型通所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通所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通所介護計画の実施状況の把握(以下この条において「モニタリング」という。)を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) 管理者は、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通所介護計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	15) (1)2)及び(4)から(3)までの規定は、(4)に規定する介護予防認知症対応型通所介護計画の変更について準用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) 管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 利用者に関する市町村への通知	事業者は、指定認知症対応型通所介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定認知症対応型通所介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態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"/>
20 緊急時の対応	(1) 緊急時対応マニュアル等を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー (有 ・ 無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 従業者等は、現に指定認知症対応型通所介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 管理者の責務	(1) 管理者は、当該事業所の従業者の管理及び指定認知症対応型通所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、事業所の従業者に運営に関する基準の規定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"/>
22 運営規程	事業者は、事業所ごとに、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、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護の利用定員 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 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通所介護を提供できるよう、事業所ごとに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) 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者によって指定認知症対応型通所介護を提供しているか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、適切な指定認知症対応型通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより認知症対応型通所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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(研修機会の確保)	(5) 従業者の資質向上のため、研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> 研修年間計画策定 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 研修機会の確保 <input type="checkbox"/> 事故対応 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 苦情処理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 衛生管理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 研修記録 <input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法 ()	<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)	(6) 事業者は、全ての認知症対応型通所介護従業者(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。 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 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
24 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通所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。 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」、「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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画 <ul style="list-style-type: none"> <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) <input type="checkbox"/> b 初動対応 <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) <input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画 <ul style="list-style-type: none"> <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) <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) <input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携 <p>(3) 事業者は、認知症対応型通所介護従業者等に対し、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な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。 職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年1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することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。 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> <p>(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1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。 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。</p> <p>(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。</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
25 定員の遵守	事業者は、利用定員を超えて指定認知症対応型通所介護の提供を行っていないか。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 非常災害対策	<p>(1) 「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。</p> <p>【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制を整備し、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るか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

項目	内 容	適	不適	非該当
	<input type="checkbox"/> 防火管理者：（ ） <input type="checkbox"/> 消防訓練（年 回） <input type="checkbox"/> 直近実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 前回実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要 <input type="checkbox"/> 直近実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 前回実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要 <input type="checkbox"/> 直近実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(2)に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるように連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 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"/>
	(2) 事業者は、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、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。	<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)	(4) 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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話機器装置等」という。）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、認知症対応型通所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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所において、認知症対応型通所介護従業者に対し、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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 特に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等について、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 以下の取り組みを行っているか。 <input type="checkbox"/> 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"/> 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。 <input type="checkbox"/> 従業者（常勤・非常勤）の健康管理を行っているか。 <input type="checkbox"/> 感染症予防マニュアルを作成しているか。 <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。 <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 簡易専用水道【有効容量が10m ³ 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は使用水に異常を認められた時）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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"/>
	(11) 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"/>
	(12) 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。 <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回実施している。 <input type="checkbox"/> 常に0.4mg/ℓ以上を保っている。 <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 <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 . . . 結果 2回目：時期 . . . 結果 <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。	<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事 <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関する事 <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関する事 <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関する事 <input type="checkbox"/> ホ 従業者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事 <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事 <input type="checkbox"/> ト へ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事	□	□	□
	(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。	□	□	□
	(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	□	□	□
	(5) 当該事業所において、認知症対応型通所介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。	□	□	□
	(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1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。	□	□	□
	(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（ ）	□	□	□
	(8) 事業所の従業者は、高齢者虐待を発見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。	□	□	□
	(9) 利用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。	□	□	□
(身体的拘束等)	(1) 指定認知症対応型通所介護は、利用者一人一人の人格を尊重しているか。	□	□	□
	(2) 事業所は、身体的拘束等のないケアの実現のために必要な措置を講じているか。 身体的拘束等のマニュアル（有・無）	□	□	□
	(3) 身体的拘束等を行った事例があるか。（有・無）	□	□	□
	(4) (5)の3つの要件を満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録をしているか。	□	□	□
	(5) 「緊急やむを得ない場合」の以下の3要件すべてを満たしているか、また記録から読み取れるか。 <input type="checkbox"/> 切迫性・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと <input type="checkbox"/> 非代替性・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと <input type="checkbox"/> 一時性・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること	□	□	□
	(6) 利用者本人や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等できる限り詳しく説明し、十分な理解を得るよう努めているか。	□	□	□
	(7) その際には、管理者等から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しているか。	□	□	□

項目	内容	適	不適	非該当
	(8) 身体拘束等開始後の経過観察の記録(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)をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 会計の区分	事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型通所介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完了の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護計画 <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"/> 市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"/> 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 変更届出の手續	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、速やかに変更届出を市に提出しているか。 ※変更した日から10日以内に提出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 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知覚によっては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、承諾その他これに類するもの(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(電磁的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。)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"/>
	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"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	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。			
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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6 業務管理体制の整備

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（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 法令遵守規程の整備 【事業所（施設）数が20以上の法人のみ】 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 ）			

項目	内 容	適	不適	非該当
	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以上の都道府県に所在する事業者 ・・・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 (所要時間による区分の取扱い)	(1) 所要時間の算定は、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、認知症対応型通所介護計画に位置付けられた内容の指定認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で、それぞれ所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、認知症対応型通所介護のサービスが提供されているとは認められない。したがって、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数が算定されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 送迎に要する時間は含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 認知症対応型通所介護計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、認知症対応型通所介護計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 理美容サービスは、介護保険による通所サービスには含まれないが、デイサービスセンター等において、通所サービスとは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは問題ない。その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている通所サービスの提供プログラム等に影響しないよう配慮が必要である。なお、通所サービスの提供時間には、理美容サービスに要した時間は含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 緊急やむを得ない場合において、併設医療機関（他の医療機関を含む。）を受診した場合は、医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(送迎時における居宅内等介助の評価)	(7) 送迎に要する時間は含まれないが、送迎時に実施した居宅内介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等）に要する時間は、下記のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、地域密着型通所介護を行うのに要する時間に含めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けた上で実施する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 送迎時に居宅内の介助等を行う者が以下の資格を有しているか。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。） <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> 当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について)	(8) 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る利用者を利用させている場合には、全利用者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者の数は、1月間（暦月）の利用者の数の平均を用いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
(人員基準を満たさない状況で提供された認知症対応型通所介護について)	(10) 事業所の看護職員又は介護職員の配置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に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 従業者に欠員が出た場合の他に、従業者が病欠した場合等も含まれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(災害時等の取扱い)	(12) 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少に係る特例について	(13) 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、市町村長に届け出た単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所において、指定認知症対応型通所介護を行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 2時間以上3時間未満の扱い	心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合は、所要時間4時間以上5時間未満の所定単位数の100分の63に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 8時間以上9時間未満の認知症対応型通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い	(1) 日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であって、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、9時間以上となった場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 9時間以上の区分のうち、どの区分を算定しているか。 <input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 10時間以上11時間未満 <input type="checkbox"/> 11時間以上12時間未満 <input type="checkbox"/> 12時間以上13時間未満 <input type="checkbox"/> 13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いている必要があり、当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の認知症対応型通所介護の提供を受ける場合には算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 入浴介助加算(Ⅰ)	(1) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 認知症対応型通所介護計画、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に、加算していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 入浴介助加算(Ⅱ)	(1) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (2)の訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る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通所介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の身体の状況、訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 認知症対応型通所介護計画、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に、加算していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
7 生活機能向上連携加算(I)	(1) 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下「理学療法士等」という。)の助言に基づき、当該指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族(以下「利用者等」という。)に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 生活機能向上連携加算(II)	(1) 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、1月につき加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練加算を算定している場合100単位としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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理学療法士等が、当該指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 個別機能訓練加算(I)	(1) 指定認知症対応型通所介護を行う時間帯に1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定認知症対応型通所介護の利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の方が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練は、1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 個別機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 個別機能訓練加算(II)	(1) 個別機能訓練加算(I)を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当																		
	(3) 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(4) 厚生労働省への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"/>																		
11 ADL維持等加算(I)	(1) 利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行った場合は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、算定しているか。ただし、ADL維持等加算（II）は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(2) 評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（(3)において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者をいう。以下同じ。）の総数が10人以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(3) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(4) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」という。）の平均値が1以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）を用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	<p>(6) ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、以下に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値としているか。</p> <table border="1" data-bbox="507 1016 1225 1263"> <tbody> <tr> <td data-bbox="507 1016 746 1137" rowspan="4">1 2以外の者</td> <td data-bbox="746 1016 1102 1050">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1102 1016 1225 1050">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1050 1102 1084">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1102 1050 1225 1084">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1084 1102 1117">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1102 1084 1225 1117">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1117 1102 1151">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1102 1117 1225 1151">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1151 746 1263" rowspan="4">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td data-bbox="746 1151 1102 1184">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1102 1151 1225 1184">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1184 1102 1218">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1102 1184 1225 1218">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1218 1102 1252">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1102 1218 1225 1252">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 1252 1102 1263">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1102 1252 1225 1263">2</td> </tr> </tbody> </table>	1 2以外の者	ADL値が0以上25以下	1	ADL値が30以上50以下	1	ADL値が55以上75以下	2	ADL値が80以上100以下	3	2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0	ADL値が30以上50以下	0	ADL値が55以上75以下	1	ADL値が80以上100以下	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 2以外の者	ADL値が0以上25以下		1																			
	ADL値が30以上50以下		1																			
	ADL値が55以上75以下		2																			
	ADL値が80以上100以下	3																				
2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0																				
	ADL値が30以上50以下	0																				
	ADL値が55以上75以下	1																				
	ADL値が80以上100以下	2																				
12 ADL維持等加算(II)	(1) 利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行った場合は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、算定しているか。ただし、ADL維持等加算（I）は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(2) 評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（(2)において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者をいう。以下この号において同じ。）の総数が10人以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(3) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(4) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」という。）の平均値が2以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	(5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）を用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	<p>(6) ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、以下に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値としているか。</p> <table border="1" data-bbox="507 1966 1225 2083"> <tbody> <tr> <td data-bbox="507 1966 746 2083" rowspan="4">1 2以外の者</td> <td data-bbox="746 1966 1102 2000">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1102 1966 1225 2000">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 2000 1102 2033">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1102 2000 1225 2033">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 2033 1102 2067">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1102 2033 1225 2067">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 2067 1102 2083">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1102 2067 1225 2083">3</td> </tr> </tbody> </table>	1 2以外の者	ADL値が0以上25以下	1	ADL値が30以上50以下	1	ADL値が55以上75以下	2	ADL値が80以上100以下	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
1 2以外の者	ADL値が0以上25以下		1																			
	ADL値が30以上50以下		1																			
	ADL値が55以上75以下		2																			
	ADL値が80以上100以下	3																				

項目	内 容			適	不適	非該当
	2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0			
		ADL値が30以上50以下	0			
		ADL値が55以上75以下	1			
		ADL値が80以上100以下	2			
13 若年性認知症利用者受入加算	受け入れた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となった者）ごとに個別の担当者を定めて、指定認知症対応型通所介護を行っているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 栄養アセスメント加算	(1) 利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行っているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定していないか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。 ※ 外部との連携とは、他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を指す。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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"/>
	(7) 厚生労働省への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"/>
15 栄養改善加算	(1) 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行っているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 栄養改善サービスの開始から3月ごとに利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。 ※外部との連携とは、他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を指す。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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"/>
16 口腔・栄養スクリーニング加算(I)	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(II)を算定していないか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(4) 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。</p> <p>(5) 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。</p> <p>(6) 定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(7) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していないか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	<p>(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。</p> <p>(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していないか。</p> <p>(3) 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。</p> <p>(4) (5)または(6)のいずれかに適合しているか。</p> <p>(5) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 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こと。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。</p> <p>(6) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 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こと。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 口腔機能向上加算(Ⅰ)	<p>(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。</p> <p>(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。</p> <p>(3) 口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとに利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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"/>
19 口腔機能向上加算(Ⅱ)	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「口腔機能向上サービス」という。)を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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"/>
	(11) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 厚生労働省への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"/>
20 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通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(3) 厚生労働省への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"/>
21 サービス種類相互の算定関係	利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、認知症対応型通所介護費は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 事業所と同一建物内の利用者へのサービス提供	事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、1日につき同一建物減算として所定単位数から減算しているか。 ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 送迎が実施されていない場合の減算	(1) 利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき送迎未実施減算として所定単位数から減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 同一建物減算の対象となっている場合には、当該減算の対象としていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、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以上であること。	<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) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1) 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。	<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(Ⅲ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定認知症対応型通所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以上であること。	<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) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について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ヶ月間において、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"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(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"/>
28 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）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並びに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すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について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ヶ月間において、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"/>
29 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）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並びに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すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について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ヶ月間において、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"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(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"/>
30 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"/> (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"/> (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"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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に報告しているか。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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か。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 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。 <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"/> (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"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 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て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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定認知症対応型通所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通所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) 認知症対応型通所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"/>