平成30年4月版

**実地指導　自己点検シート**

**（認知症対応型通所介護・**

**介護予防認知症対応型通所介護）**

実地指導年月日

平成　　　年　　　月　　　日（　　）

午前・後　　時　　分　～　午前・後　　時　　分

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 |  |
| 事業所番号 |  |
| 管理者 |  |
| サービス種類 | 介　　護　・　予防介護 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取扱件数 | 介　　護 | 介護予防 |
| 　　　　　月 | 　　　　　　　　件 | 　　　　　　　　件 |
| 　　　　　月 | 　　　　　　　　件 | 　　　　　　　　件 |
| 　　　　　月 | 　　　　　　　　件 | 　　　　　　　　件 |

　　　　　　　※　直近の３カ月

　　　　　　　「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（実績）と同月分

|  |  |
| --- | --- |
| 自己点検シート記入者 |  |
| 立会者　職・氏名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**加算・減算の状況を確認して下さい。（該当するところを○で囲む）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護** | **予防** | **加　算　・　減　算　名** | **届出** |
|  |  | 認知症対応型通所介護費（ⅰ）単独型 | 定員 | １単位　　　　名 | ２単位　　　　名 |  |
|  |  | 認知症対応型通所介護費（ⅱ）併設型 | 定員 | １単位　　　　　　　名 | ２単位　　　　名 |  |
|  |  | 認知症対応型通所介護費（Ⅱ）共用型 | 定員 | １単位　　　　　　　名 | ２単位　　　　名 |  |
|  |  | ３時間以上５時間未満 | サービス提供時間 | １単位　　　　　　　～ | ２単位　　　　　　　～ |
|  |  | ５時間以上７時間未満 | サービス提供時間 | １単位　　　　　　　～ | ２単位　　　　　　　～ |
|  |  | ７時間以上９時間未満 | サービス提供時間 | １単位　　　　　　　～ | ２単位　　　　　　　～ |
| 　 |  | 算定の基準について |  |  |
|  |  | 所要時間による区分の取扱い | 無　・　有 |  |
|  |  | 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 |  |  |
|  |  | 利用者の数が利用定員を超える場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について |  |  |
|  |  | 看護職員又は介護職員の員数が基準に満たない場　合 | 無　・　有 |  |
|  |  | ２時間以上３時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | ７時間以上９時間未満の認知症対応型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | 入浴介助を行った場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | 個別機能訓練加算 | 無　・　有 |  |
|  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | 無　・　有 |  |
|  |  | 栄養改善加算 | 無　・　有 |  |
|  |  | 口腔機能向上加算 | 無　・　有 |  |
|  |  | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | 送迎を行わない場合 | 無　・　有 |  |
|  |  | サービス提供体制強化加算 | 無・（Ⅰ）イ・（Ⅰ）ロ・（Ⅱ） |  |
|  |  | 介護職員処遇改善加算 | 無・（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）・（Ⅳ）・（Ⅴ） |  |

※　介護職員処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

**該当する事項を点検して、点検結果に☑して下さい。**

| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| --- | --- | --- | --- |
| 適 | 不適 |
| **第２節　人員及び設備に関する基準　　※勤務形態一覧表　　（平成　　　年　　　月現在）** |
| **第１款　単独型指定認知症対応型通所介護及び併設型指定認知症対応型通所介護** |
| 従業者の員数(第42条) | 【生活相談員】　　　　　　　　　　　（　　　　名）単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供日ごとに、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に生活相談員（専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が１以上確保されるために必要と認められる数以上ですか。※　確保すべき生活相談員の勤務延時間数は、提供日ごとに確保すべき勤務延時間数＝提供時間数（提供時間数とは、サービス提供開始時刻から終了時刻） | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書出勤簿及びタイムカード職員履歴書及び資格、経験が分かる書類 |
| 生活相談員は社会福祉主事任用資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者ですか。①社会福祉主事　②社会福祉士　③介護福祉士④精神保健福祉士　⑤保育士　⑥介護支援専門員 | □ | □ |
| 【看護師若しくは准看護師（「看護職員」）又は介護職員　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　名）単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供にあたる看護職員又は介護職員が１名以上及び当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が１以上確保されるために必要と認められる数以上ですか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 従業者の員数(第42条)続き | 【機能訓練指導員】　　　　　　　　　（　　　　名）１人以上。 | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書出勤簿及びタイムカード職員履歴書及び資格、経験が分かる書類 |
| 機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者が配置されていますか。①　理学療法士　②　作業療法士　③　言語聴覚士　　　④　看護職員　　⑤　柔道整復師⑥　あん摩マッサージ指圧師 | □ | □ |
| 【その他】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ますか。 | □ | □ |
| 生活相談員、看護職員又は介護職員のうち１以上は、常勤としていますか。 | □ | □ |
| 管理者(第43条) | 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護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ますか。ただし、単独型・併設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、当該単独型・併設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、□　兼務の有無（　有　・　無　）□　当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務　　　　　　　：　（　　　　　　　　　　　　　　）又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。　□　事業所　：　（　　　　　　　　　　　　　　）□　職　種　：　管理者　又は　従業者（　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書職員履歴書及び資格、経験が分かる書類職員研修関係記録 |
| 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、適切な単独型・併設型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、厚生労働大臣が定める研修を修了しているものですか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 設備及び備品等(第44条) | 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を備えていますか。 | □ | □ | 平面図設備・備品台帳運営規程 |
| 一　食堂、機能訓練室イ　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ますか。　ロ　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、同一の場所とすることができる。二　相談室　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ますか。 | □ | □ |
| 【消火設備その他の非常災害に際して必要な設備】　　消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。 | □ | □ |
| 他法令の遵守 | 施設・設備が、建築基準法など関係法令に適合していることを確認していますか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **第２款　共用型指定認知症対応型通所介護** |
| 従業者の員数(第45条) | 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行う指定認知症対応型通所介護（「共用型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、それぞれに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上ですか。 | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書出勤簿及びタイムカード職員履歴書及び資格、経験が分かる書類 |
| 利用定員等(第46条) | 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、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の場合、共同生活住居ごとに３人以下とし、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ごとに１日当たり３人以下としていますか。 | □ | □ | 利用者数が分かる書類勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書職員履歴書及び資格、経験が分かる書類 |
| 共用型指定認知症対応型通所介護事業は、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年以上の経験を有している者ですか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 管理者(第47条) | 共用型指定認知症対応型通所介護事業者は、共用型指定認知症対応型通所介護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ますか。ただし、共用型指定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、□　兼務の有無（　有　・　無　）□　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　　　　　　　：　（　　　　　　　　　　　　　　）又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。　□　事業所　：　（　　　　　　　　　　　　　　）□　職　種　：　管理者　又は　従業者（　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書職員履歴書及び資格、経験が分かる書類職員研修関係記録 |
| 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、適切な共用型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、厚生労働大臣が定める研修を修了しているものですか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 　**第３節　運営に関する基準** |
| 内容及び手続の説明及び同意(第3条の7) | 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定の概要、認知症対応型通所介護従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について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から文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | サービス利用契約書重要事項説明書運営規程同意に関する記録 |
| 提供拒否の禁止(第3条の8) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ならない。 | □ | □ |  |
| サービス提供困難時の対応(第3条の9) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、当該指定認知症対応型通所介護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ますか。 | □ | □ | 相談・援助に関する記録 |
| 受給資格等の確認(第3条の10) | 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有効期間の確認を行っていますか。又、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努めていますか。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 要介護認定の申請に係る援助(第3条の11) | 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、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ますか。 | □ | □ |  |
| 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３０日前までに行われるよう、必要な援助を行っていますか。 | □ | □ |
| 心身の状況等の把握(第48条) | 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ますか。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス担当者会議の要点 |
| 指定居宅介護支援事業者等との連携(第3条の13) | 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ますか。又、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等との密接な連携に努めていますか。 | □ | □ |  |
| 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助(第3条の14） | 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、介護保険法施行規則第６４条の４各号のいずれにも該当しないときは、当該利用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町村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し、必要な援助を行っていますか。 | □ | □ |  |

| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| --- | --- | --- | --- |
| 適 | 不適 |
| 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供　(第3条の15) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ますか。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画 |
| 居宅サービス計画等の変更の援助(第3条の16) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ますか。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画 |
| サービスの提供の記録(第3条の18) | 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、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載し、５年間保存していますか。又、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ますか。 | □ | □ | サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| 利用料等の受領(第49条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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の支払いを受けていますか。 | □ | □ | 利用料の領収書控同意に関する記録 |
| 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いを受ける利用料の額と、基準額との間に不合理な差額が生じないようにしていますか。 | □ | □ |

| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| --- | --- | --- | --- |
| 適 | 不適 |
| 利用料等の受領(第49条) | 下記の指定認知症対応型通所介護の提供にあたっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。　□　㈠　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　□　㈡　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居宅介護サービス費用基準額を超える費用　□　㈢　食事の提供に要する費用　□　㈣　おむつ代　□　㈤　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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用　※　「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」を参照　　※　「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」を参照 | □ | □ | 利用料の領収書控同意に関する記録 |
| 保険給付の請求のための証明書の交付　(第3条の20) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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いを受けた場合は、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交付していますか。（償還払いとなる場合） | □ | □ | サービス提供証明書控 |
| 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針(第50条) | 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ますか。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ますか。 | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針(第51条) | 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、妥当適当に行っていますか。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）機能訓練に関する計画書及び実施記録 |
| 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日常生活を送ることができるよう配慮して行っていますか。 | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、指定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ますか。 | □ | □ |
| 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あたっては、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必要な事項を理解しやすいよう説明を行っていますか。 | □ | □ |
| 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していますか。 | □ | □ |
| 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ますか。 | □ | □ |
| 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、次に揚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の提供ができるものであること　イ　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　ロ　効果的な機能訓練等のサービスが提供できること | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 認知症対応型通所介護計画の作成(第52条) | 指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、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ますか。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）機能訓練に関する計画書及び実施記録 |
| 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に沿った内容となっていますか。なお、認知症対応型通所介護計画作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該認知症対応型通所介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更していますか。 | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、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ますか。 | □ | □ |
| 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遅滞なく利用者に交付していますか。なお、当該認知症対応型通所介護計画は５年間保存していますか。 | □ | □ |
| 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ますか。 | □ | □ |
| 居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から認知症対応型通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該計画を提供することに協力するよう努めていますか。 | □ | □ |
| 利用者に関する市町村への通知(第3条の26) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、利用者が次の各号に該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村へ通知していますか。一　正当な利用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。二　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。 | □ | □ |  |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 緊急時等の対応(第12条) | 認知症対応型通所介護従業者は、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ますか。 | □ | □ | 運営規程緊急時の連絡体制に関する書類 |
| 管理者の責務(第53条) | 指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、当該指定認知症対応型通所介護事業所の従業者の管理及び利用の申込みに係る調整等、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。 | □ | □ |  |
| 運営規程(第54条) | 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ますか。* 一　事業の目的及び運営の方針
* 二　従業者の職種、員数及び職務内容
* 三　営業日及び営業時間
* 四　指定認知症対応型通所介護の利用定員

□ 五　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* 六　通常の事業の実施地域
* 七　サービス利用にあたっての留意事項
* 七　緊急時等における対処方法
* 八　非常災害対策
* 九　その他運営に関する重要事項
 | □ | □ | 運営規程 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 勤務体制の確保等(第55条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、利用者に対して適切な指定認知症対応型通所介護を提供できるよう、指定認知症対応型通所介護事業所ごとに原則として月ごとの勤務表を作成し、認知症対応型通所介護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ますか。 | □ | □ | 勤務形態一覧表辞令又は雇用契約書出勤簿又はタイムカード職員研修関係記録 |
| 指定認知症対応型通所介護事業所ごとに、当該指定認知症対応型通所介護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ますか。 | □ | □ |
| 認知症対応型通所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ますか。 | □ | □ |
| 定員の遵守(第56条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ませんか。　※　災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。 | □ | □ | 利用台帳 |
| 非常災害対策（東三河広域連合介護保険条例）(第34条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、震災、風水害、火災その他の非常災害時に利用者の安全を確保するために講ずべき必要な措置に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡の体制を整備していますか。 | □ | □ | 消防計画、非常災害時の計画及び訓欄に関する記録緊急時の連絡体制に関する書類 |
| 非常災害に備えるため、その計画及び体制の内容を従業者に周知させるとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っていますか。 | □ | □ |
| 非常災害時の利用者の安全及び利用者に対する適切な処遇の確保を図るため、東三河広域連合、構成市町村、他の介護保険施設、地域住民等との連携協力の体制を整備するよう努めていますか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 衛生管理等(第58条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、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ますか。 | □ | □ | 健康管理台帳食中毒の防止等衛生管理に関する記録衛生・消毒マニュアル等 |
| 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、綿密な関係を図っていますか。 | □ | □ |
| 感染症、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、その発生及びまん延を防止するための適切な措置を講じていますか。 | □ | □ |
| 掲示(第3条の32) | 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事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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掲示していますか。 | □ | □ |  |
| 秘密保持等(第3条の33) | 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事業所の従業者及び従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | 秘密保持に関する就業時の取り決め、利用者の同意等の記録 |
| サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、同意を、あらかじめ文書により得ていますか。 | □ | □ |
| 広告(第3条の34) | 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事業所について広告する場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものではありませんか。 | □ | □ |  |
| 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止(第3条の35) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 苦情処理(第3条の36) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、提供した指定認知症対応型通所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じる措置を明らかにし、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も苦情に対する対応の内容について併せて記載するとともに、事業所内に掲示していますか。苦情件数：１月当たり月　　　　件程度相談窓口担当者：職・氏名　　　　　　　　　　　東三河広域連合における苦情相談窓口　介護保険課　電話２６－８４７０、２６－８４７１ | □ | □ | 苦情に関する記録 |
| 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の受付日、その内容等を記録していますか。また、苦情の内容等の記録は、５年間保存していますか。 | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護事業者は、国民健康保険団体連合会、市町村が行う指定認知症対応型通所介護事業者に対する苦情に関する調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。又、国民健康保険団体連合会、市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。 | □ | □ |
| 地域との連携(第59条) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。 | □ | □ | 介護相談員派遣事業活動報告書 |
| 事業の運営に当たっては、提供した指定認知症対応型通所介護に関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 事故発生時の対応(第59条の2) | 指定認知症対応型通所介護事業者は、利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。又、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。なお、記録は５年間保存していますか。事故事例の有無　：　有　・　無東三河広域連合における事故の報告先　介護保険課　電話　２６－８４７０、２６－８４７１　　　　ＦＡＸ　２６－８４７５ | □ | □ | 事故に関する記録 |
| 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。損害賠償保険への加入　：　有　・　無 | □ | □ |
| 事故が発生した場合の対処方法については、あらかじめ、定めてありますか。 | □ | □ |
| 事故が生じた際には、その原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。 | □ | □ |
| 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提供により事故が発生した場合についても、上記に準じた必要な措置を講じていますか。 | □ | □ |
| 会計の区分(第3条の39) | 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と会計を区分していますか。※　介護保険・高齢者保健福祉事業に係る社会福祉法人会計基準の取扱いについて、介護保険の給付対象事業における会計の区分について、指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについてを参照 | □ | □ | 会計関係書類 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 記録の整備（第60条）（東三河広域連合介護保険条例）（第６条） | 指定認知症対応型通所介護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画ほか |
| 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の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日（当該費用を受領した日）から５年間保存していますか。　□　一　認知症対応型通所介護計画　□　二　具体的なサービスの内容等の記録　□　三　市町村への通知に係る記録□　四　苦情の内容等の記録□　五　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□　六　指定認知症対応型通所介護に要した費用の請求及び受領に係る記録 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 　**第４節　介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準** |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の基本取扱方針(第41条) | 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、計画的に行われていますか。 | □ | □ | 介護予防認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護事業者は、自らその提供する指定介護予防認知症対応型通所介護の質の評価を行うとともに、主冶の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ |
| 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ますか。 | □ | □ |
| 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮していますか。 | □ | □ |
| 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様々な方法により、利用者が主体的に事業な参加するよう適切な働きに努めていますか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針(第42条)  | 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、主冶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ますか。 | □ | □ | 介護予防サービス計画介護予防認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）相談・援助に関する記録 |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、利用者の日常生活全般の状況を把握・分析し、指定介護予防認知症対応型通所介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程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ますか。 | □ | □ |
| 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には、当該計画に沿った内容となっていますか。なお、介護予防認知症対応型通所介護計画作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防認知症対応型通所介護計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更していますか。 | □ | □ |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、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ますか。 | □ | □ |
| 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遅滞なく利用者に交付していますか。なお、当該介護予防認知症対応型通所介護計画は５年間保存していますか。 | □ | □ |
| 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、妥当適当に行っていますか。 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針(第42条)続き | 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日常生活を送ることができるよう配慮して行っていますか。 | □ | □ | 介護予防サービス計画介護予防認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）相談・援助に関する記録 |
| 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ますか。 | □ | □ |
| 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行っていますか。 | □ | □ |
| 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を提供していますか。 | □ | □ |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護従業者は、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を行い、その結果を記録し、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、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ますか。 | □ | □ |
| モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所介護計画の変更を行っていますか。 | □ | □ |

**該当する加算・減算を点検して、点検結果にまた、該当しない加算・減算は加算・減算なしに、該当しない場合は該当なしに☑して下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 　**各種加算等点検シート** |
| **事業所規模による区分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当するところに☑して下さい。** |
| **イ　認知症対応型通所介護費（Ⅰ）　⑴認知症対応型通所介護費（ⅰ）** |
| 単独型指定認知症対応型通所介護を行う事業所 | □ |  |
| **イ　認知症対応型通所介護費（Ⅰ）　⑵認知症対応型通所介護費（ⅱ）** |
| 併設型指定認知症対応型通所介護を行う事業所 | □ |  |
| **ロ　認知症対応型通所介護費（Ⅱ）** |
| 共用型指定認知症対応型通所介護を行う事業所 | □ |  |
| 　**所要時間による区分** |
| **３時間以上５時間未満** | □ |  |
| **５時間以上７時間未満** | □ |  |
| **７時間以上９時間未満** | □ |  |
| **７時間以上９時間未満の認知症対応型通所介護の前後に行う日常生活上の世話を行う場合**□　該当なし |
| ９時間以上１０時間未満 | □ |  |
| １０時間以上１１時間未満 | □ |  |
| １１時間以上１２時間未満 | □ |  |
| １２時間以上１３時間未満 | □ |  |
| １３時間以上１４時間未満 | □ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **各種加算等点検シート** |
| **算定の基準について** |
| 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、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する。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画 |
| **所要時間による区分の取扱い**□　該当なし |
| 所要時間による区分の取扱いについては、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認知症対応型通所介護を行うための標準的な時間によることとされるところであり、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。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）送迎に関する記録 |
| ここでいう認知症対応型通所介護を行うのに要する時間には、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での介護等に要する時間は、次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、認知症対応型通所介護を行うのに要する時間に含めることができる。1. 居宅サービス計画及び認知症対応型通所介護計画に位置付けた上で実施する場合
2. 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、１級課程修了者、介護職員初任者研修修了者、看護職員、機能訓練指導員又は勤続年数３年以上の介護職員である場合
 |  |  |
| 当日の利用者の心身の状況から、実際の認知症対応型通所介護の提供が認知症対応型通所介護計画上の所要時間よりやむを得ず短くなった場合には、認知症対応型通所介護計画上の単位数を算定しても差し支えない。なお、認知症対応型通所介護計画上の所要時間よりの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すること。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **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（点検事項を記入して下さい）** |
| **利用者の数が利用定員を超える場合**□　減算なし |
| 利用定員（　　　人）>１月間の利用者の数の平均（　　　人）サービス提供日に提供を受けた利用者の最大数の合計　　（　　　　）　当該月のサービス提供日数　　（　　　　）　＝　（　　　　）※　小数点以下切り上げ※　その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算される。 | □ | □ |  |
| **人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について** |
| **看護職員又は介護職員の員数が基準に満たない場合**□　減算なし |
| 指定基準に定める員数の看護職員又は介護職員を置いていない　※　従業者に欠員がでた場合の他に、従業者が病欠した場合等も含まれる。※　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、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全員について減算される。※　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。 | □ | □ |  |

※　定員超過利用が行われている事業所に対しては、市からその解消を行うよう指導されます。当該指導に従わず、定員超過利用が２月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しが検討されます。

※　従業者に欠員が生じている状態が１ヵ月以上継続する場合には、事業所に対し定員の見直し又は事業の休止が、市から指導されます。当該指導に従わず事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しが検討されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **２時間以上３時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合の取扱い**　　　　　　□　減算なし |
| ２時間以上３時間未満の認知症対応型通所介護の算定できる利用者は、心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から初めて長時間利用に結び付けていく必要がある者など、利用者側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者であること。なお、認知症対応型通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用は適当ではなく、利用者の日常生活活動能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されるべきものであること。 | □ | □ | 居宅サービス計画通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| **７時間以上９時間未満の認知症対応型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合****９時間以上１０時間未満**　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □　加算なし**１０時間以上１１時間未満**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □　加算なし**１１時間以上１２時間未満**　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 □　加算なし**１２時間以上１３時間未満**　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 □　加算なし**１３時間以上１４時間未満**　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 □　加算なし |
| 延長加算は、７時間以上９時間未満の認知症対応型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合について、５時間を限度として算定されるものである。なお、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こと。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た場合には算定できない。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| **入浴介助を行った場合**□　加算なし |
| 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こと。　※　入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| 認知症対応型通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **個別機能訓練加算**□　加算なし |
| 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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（「理学療法士等」）を１名以上配置しているものとして、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者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に加算する。また、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等については評価等を行うこと。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画個別機能訓練計画個別機能訓練に関する記録サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）勤務形態一覧表 |
| 個別機能訓練を行う場合には、開始時及び３か月後に１回以上利用者に対して、個別機能訓練計画の内容を説明し、記録（実施時間、訓練内容、担当者等）すること。また、記録は、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業者により閲覧が可能であること。 | □ | □ |
| **若年性認知症利用者受入加算**□　加算なし |
| 受け入れた若年性認知症利用者（初老期に置ける認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じた指定認知症対応型通所介護を行った場合 | □ | □ | 認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **栄養改善加算**□　加算なし |
| 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者（ＢＭＩが１８．５未満である者等）に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、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（栄養改善サービス）を行った場合に加算する。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画栄養ケア計画栄養ケア計画に関する記録サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| ３月以内の期間に限り１月２回を限度（介護予防の場合は１月１回）として１回につき所定単位数に加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から３月ごとの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、引き続き算定することができる。 | □ | □ |
| 管理栄養士を１名以上配置していること。 | □ | □ |
| 栄養改善サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされること。イ　利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。ロ　利用開始時に、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（「関連職種」）が暫定的に、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養アセスメントを行い、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題に等に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。又、作成した栄養ケア計画については、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。ハ　栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。二　利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね３月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供すること。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| ホ　利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が利用者の栄養状態を定期的に記録すること。 | □ | □ |  |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | □ | □ |
| **口腔機能向上加算** □　加算なし |
| 口腔機能の低下している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（口腔機能向上サービス）を行った場合に加算する。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画口腔機能改善管理指導計画口腔機能改善管理指導計画に関する記録サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| ３月以内の期間に限り１月に２回を限度（介護予防の場合は１月１回）として所定単位数に加算する。ただし、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、引き続き算定することができる。 | □ | □ |
| 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こと。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされること。イ　利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。ロ　利用開始時に、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（「関連職種」）が、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。又、作成した口腔機能改善管理指導計画については、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。ハ　口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。二　利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね３月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、担当介護支援専門員や主治の医師、主冶の歯科医師に対して情報提供すること。ホ　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利用者の口腔機能を定期的に記録すること。 | □ | □ | 居宅サービス計画認知症対応型通所介護計画口腔機能改善管理指導計画口腔機能改善管理指導計画に関する記録サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等）※口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示についてを参照 |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | □ | □ |
| 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、加算できない。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 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| □　該当なし |
| 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護､特定施設入所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所者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居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、算定しない。 | □ | □ |  |
| **事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合**□　減算なし |
| 指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該指定認知症対応型通所介護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に減算する。 | □ | □ | 同一の建物に居住する利用者に係る届出書認知症対応型通所介護計画サービス提供に関する記録・日誌等（個別の記録、業務日誌等） |
| 傷病等により一時的に送迎が必要であると認められる利用者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、例外的に減算対象とならない。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつこの建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、２人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定認知症対応型通所介護事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、２人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について認知症対応型通所介護計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等については記録すること。 | □ | □ |
| **送迎を行わない場合**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　減算なし |
| 利用者の居宅と指定認知症対応型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合 | □ | □ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ**□　加算なし |
| 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以上であること。 | □ | □ | サービス提供体制強化加算に関する届出書　　　　　　　　サービス提供体制強化加算Ⅰ計算書 |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | □ | □ |
| **サービス提供体制強化加算　（Ⅰ）ロ**□　加算なし |
| 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。 | □ | □ | サービス提供体制強化加算に関する届出書　　　　　　　　サービス提供体制強化加算Ⅰ計算書 |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | □ | □ |
| **サービス提供体制強化加算（Ⅱ）**□　加算なし |
| 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（生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員）の総数のうち、勤続年数３年以上の占める割合が１００分の３０以上であること。 | □ | □ | サービス提供体制強化加算に関する届出書サービス提供体制強化加算Ⅱ計算書 |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと | □ | □ |
| **介護職員処遇改善加算（Ⅰ）**□　加算なし |
| ⑴　介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 | □ | □ | 介護職員処遇改善加算届出書介護職員処遇改善加算計画書キャリアパス要件等届出書介護職員処遇改善加算実績報告書給与台帳労働保険料納付済証 |
| ⑵　指定認知症対応型通所介護事業所において、⑴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、東三河広域連合長に届け出ていること。 | □ | □ |
| ⑶　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。 | □ | □ |
| ⑷　当該指定認知症対応型通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を東三河広域連合長に報告すること。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| ⑸　算定日が属する月の前１２月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法、その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。 | □ | □ | 介護職員処遇改善加算届出書介護職員処遇改善加算計画書キャリアパス要件等届出書介護職員処遇改善加算実績報告書給与台帳労働保険料納付済証職員研修関係記録 |
| ⑹　当該指定認知症対応型通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。 | □ | □ |
| ⑺　〔キャリアパス要件Ⅰ〕次に掲げる基準のいずれにも適合すること。1. 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
2. ㈠に掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。

　㈢　㈠及び㈡の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ |
| ⑻　〔キャリアパス要件Ⅱ〕次に掲げる基準のいずれにも適合すること。1. 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び(ｲ)又は(ﾛ)に掲げる具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
	1. 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（ＯＪＴ、ＯＦＦ－ＪＴ等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。
	2. 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

　㈡　㈠について、全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| ⑼　〔キャリアパス要件Ⅲ〕次に掲げる基準のいずれにも適合すること。㈠　介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の(ｲ)から(ﾊ)までのいずれかに該当する仕組みであること。　(ｲ)　経験に応じて昇給する仕組み　　　「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。(ﾛ)　資格等に応じて昇給する仕組み　　　「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。　(ﾊ)　一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み　　　「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。㈡　㈠の内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての職員に周知していること。 | □ | □ |  |
| ⑽　〔職場環境等要件〕平成２７年４月から⑵の届出の日の属する月の前日までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善を除く。）を全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ |  |
| **介護職員処遇改善加算（Ⅱ）**□　加算なし |
| 次のいずれにも適合すること。①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑴から⑻までに掲げる基準に適合すること。②介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑽に掲げる基準に適合すること。 | □ | □ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　事　項 | 点検結果 | 確認すべき書類等 |
| 適 | 不適 |
| **介護職員処遇改善加算（Ⅲ）**□　加算なし |
| 次のいずれにも適合すること。①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑴から⑹までに掲げる基準に適合すること。②介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑺又は⑻に掲げる基準のいずれかに適合すること。③平成２０年１０月から届出を要する日の属する前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ |  |
| **介護職員処遇改善加算（Ⅳ)**□　加算なし |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑴から⑹までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ介護職員処遇改善加算（Ⅲ）②または③に掲げる基準のいずれかに適合すること。 | □ | □ |  |
| **介護職員処遇改善加算（Ⅴ)**□　加算なし |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）⑴から⑹までに掲げる基準のいずれにも適合すること。 | □ | □ |  |