

項目	内容	できている	できていない	該当なし
第1 基本方針	可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(※介護予防型認知症対応型通所介護)	可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第2 人員に関する基準	サービス提供を行う時間数に応じて、専従の生活相談員を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 従業員の員数	生活相談員は、社会福祉法第19条第1項各号に該当する者またはこれと同等以上の能力を有すると認められた者ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単位ごとに、専従の看護職員（看護師又は准看護師。以下同じ。）又は介護職員を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記に加えて、単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて専従の看護職員又は介護職員を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	機能訓練指導員を1以上配置していますか。（非常勤可）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	機能訓練指導員は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格を有する者（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ります。）ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活相談員、看護職員又は介護職員のうち、1人以上は、常勤の者ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 管理者	常勤で専従の管理者を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了していますか。 ※ みなし指定（平成18年3月31日以前の指定）の場合において、平成18年3月31日現在の管理者から変更がない場合は、研修を修了していなくても可。（該当なしにチェックしてください。）ただし、その後管理者に変更があった場合は、研修を修了する必要があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者が兼務している場合、当該事業所の他の職務、又は併設の事業所の職務への従事となっていますか。 兼務の職種（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第3 設備に関する基準	食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、台所、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要なその他の設備・備品等を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食堂及び機能訓練室の合計した面積は、利用定員×3㎡以上ありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食堂及び機能訓練室の合計面積（ ）㎡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	相談室は、遮蔽物の設置等により相談の内容が漏えいしないようプライバシーに配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消防法その他の法令等に規定された、消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消火器の設置について、利用者が直接触れることができない措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用定員は、単位ごとに1日あたり12人以下となっていますか。 ※ 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護（単独型・併設型）の指定を併せて受け、一体的に運営されている場合は、利用定員は合計で1日あたり12人以下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の設備は、専ら当該認知症対応型通所介護の事業の用に供するものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第4 運営に関する基準	サービスの提供開始の際（契約の前）に、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行い、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 内容及び手続きの説明及び同意	重要事項説明書の内容に同意を得た場合は、利用者の署名・捺印を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重要事項説明書と運営規程間で内容が相違していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①事業者（法人）の情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所の情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③運営規程の概要（事業の目的及び運営の方針、利用定員、営業日及び営業時間、通常の事業の実施地域、提供するサービスの内容）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④従業者の職種、員数及び職務内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤利用料、その他の費用の額及び支払方法について（認知症対応型通所介護費 加算関係 食事費用 おむつ代 その他の費用）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧緊急時の対応及び連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨苦情処理の体制 事業所内の処理体制及び連絡先 連絡先（市町村・国保連）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩秘密保持と個人情報の保護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪提供するサービスの第三者評価の実施状況 （実施の有無、直近の実施年月日、評価機関の名称、結果の開示状況）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	⑫運営推進会議の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑬その他サービス選択に資すると認められる重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑭事業者、事業所による説明確認欄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供開始について、利用者と契約書を交わしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒否していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	通常事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対して自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用者申込者に係る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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	利用者の提示する被保険者証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮したサービス提供に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護（要支援）認定の申請に係る援助	サービスの提供に際し、要介護（要支援）認定を受けていない利用申込者については、既に要介護（要支援）認定申請が行われているか確認し、申請が行われていない場合は、申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護（要支援）認定の有効期間が終了する30日前までに要介護（要支援）認定の更新申請が行われるように必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身状況の把握	サービスの提供にあたっては、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、置かれている環境、他の保健医療サービス、福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。	<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	サービスを提供するにあたっては、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連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス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、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連携に努めていますか。	<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	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届出を、市町村に届け出していないため、法定代理受領サービスを受けられない利用者又は家族に対し、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、市町村に届け出ることにより、指定（介護予防）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、その他法定代理受領サービスを行うための必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。	<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	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 サービス提供の記録	利用者、事業者の双方が、サービス提供実績等の確認を行えるよう、また、利用者の心身の状況等把握したことについて、今後のサービス提供に活かすため、記録を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供の記録には、次の内容が記載されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ サービス提供日 ・ サービス提供時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ サービス提供時間は認知症対応型通所介護計画等の時間ではなく、送迎時間を除いた実際のサービス提供の時間を記録してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ サービス内容 ・ 提供者の氏名等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 送迎時間 ・ 利用者の心身の状況等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとに記録簿を作成し、サービス提供に関する諸記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者から申し出のあった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 利用料等の受領	利用者負担として、地域密着型サービス費用基準額又は地域密着型介護予防サービス費用基準額から利用者負担額に応じた支払いを受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用料に法定代理受領サービスに該当する場合とそれ以外との間で不合理な差額を生じさせていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通常の事業の実施地域内でサービス提供を行う場合、送迎を行う費用の支払を受けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用料の他に、次に掲げる費用の額以外の支払いを受けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①食事の提供費用			
	②おむつ代			
	③利用者の選定により通常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			
	④認知症対応型通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの			

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	⑤通常要する時間を超える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、通常の認知症対応型通所介護に係る地域密着型サービス費用基準額を超える費用			
	上記の費用の支払を受けるにあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型通所介護サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、その提供した認知症対応型通所介護サービスの内容、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交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 領収証の交付	利用料等の支払いを受ける際、利用者に対し領収証を交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	領収証には、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	償還払いとなる利用者に対しても領収証の交付をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ますか。 ※ 平成18年12月1日厚生労働省事務連絡「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除の取扱いについて」を参照してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 基本的取扱方針及び具体的取扱方針	利用者の認知症の症状の進行を緩和に資するよう、目標を設定し、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らサービスの質の評価（自己評価）を行ない、常のサービスの質の改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自己評価の結果を利用申込者や家族へ開示し、重要事項説明書に添付するなど積極的に公表していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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て行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないように、機能訓練及び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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	懇切丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、利用者又はその家族に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していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
16 認知症対応型通所介護計画の作成	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画は、サービス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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成していますか。また、必要に応じ変更していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、認知症対応型通所介護計画の目標及び内容等を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得ていますか。また、利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の記録について、計画完了の日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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について記録を行っていますか。また、サービスの実施状況及び	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	評価について、利用者又はその家族に説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画に基づきサービス提供している場合、当該サービス計画を作成している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、提供の協力を努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 利用者に関する市町村への通知	次のいずれかに該当する場合、遅滞なく意見を付して市町村に通知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 利用者が正当な理由なしに認知症対応型通所介護の利用に関する指示に従わず、要介護（要支援）状態の程度を増進させた場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 偽りその他不正な行為によって、保険給付を受け、又は受けようとした場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 緊急時等の対応	サービス提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合やその他の必要な場合は、速やかに主治医への連絡等の適切な措置をとっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 管理者の責務	管理者は従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は従業者に基準省令を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 運営規程	運営規程には次の重要事項が定められていますか。			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	①事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②従業者の職種、員数及び職務内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③営業日及び営業時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤認知症対応型通所介護サービスの内容及び、利用料及びその他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦サービス利用にあたっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧緊急時における対応方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩運営推進会議	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 勤務体制の確保	事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表（予定と実績）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、機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係を明確にしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全ての従業者（非常勤従業者も含む）に、雇用契約書等による勤務条件の明示を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護事業所の従業者以外の者によって、サービス提供を行っていませんか。（委託の禁止） ※ ただし、調理、洗濯、清掃等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者へ委託等を行うことができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	研修内容を研修に参加した従業者以外に還元できる体制（記録含む）が整備されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 定員の遵守	利用定員を超えて認知症対応型通所介護の提供を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 非常災害対策	非常災害に関する具体的な計画（消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を策定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
24 衛生管理等	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	感染症対策マニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	感染症対策マニュアルの内容を従業者に周知徹底していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じるよう努めていますか。また、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症の予防・まん延の防止のための研修を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消毒、換水、清掃の記録を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者用及び従業員用のいずれについても、共用のタオルや共用の固形石鹸を使用しないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 掲示	事業所内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 秘密保持等	従業者に対して、正当な理由なく、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に、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者が退職後においても、正当な理由なく、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に、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において、利用者に関する個人情報を用いる場合は利用者の同意、利用者の家族に関する個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の記録は、鍵のかかる書庫（ガラス戸ではないもの）に保管する等、プライバシーの保護に配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 広告	広告の内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 苦情処理	相談窓口（当該事業所、市町村、国民健康保険団体連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を重要事項説明書に記載するとともに事業所内に掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情を受けた場合は、組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、苦情の内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の記録について、サービスを提供した日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	利用者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該市町村から求めがあった場合には、上記について改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、上記について改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 地域との連携等	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項目において「運営推進会議」という。）を設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	運営推進会議について、おおむね6月に1回以上開催していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	運営推進会議において、事業所の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記について、報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の記録について、その記録を行った日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合、次に掲げる条件を満たしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・利用者利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。			
	・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。			
	地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 事故発生時の対応	サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに適切な処置を講じるとともに、利用者の家族、市町村に連絡を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故の状況、事故に際して採った処置について記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の記録について、サービスを提供した日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行える体制（損害賠償保険に加入等）をとっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止策を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故対応マニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 会計の区分	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 記録の整備	従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に関する諸記録を整備し、次に掲げる日から5年間保存していますか。			
	①認知症対応型通所介護計画書：計画完了の日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②提供した認知症対応型通所介護サービスの具体的な内容等の記録：サービスを提供した日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③市町村への通知に係る記録：通知の日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④苦情の内容等の記録：サービスを提供した日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤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：サービスを提供した日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 高齢者虐待防止等	利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記に掲げるとおり必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ その他虐待防止のための必要な措置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 虐待防止に関する責任者の選定及び措置			
	・ 成年後見制度の利用支援			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	・ 介護相談員の受入			
	サービス提供中に、当該事業所従業者及び養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 変更の届出	指定申請事項等に変更があった場合、速やかに変更届出を東大阪市に提出していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 宿泊サービスの実施に係る届出	認知症対応型通所介護事業所の設備を利用し、夜間・深夜に宿泊サービスを提供する場合には、当該サービスの内容をそのサービス提供開始前に東大阪市に届け出ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊サービスの内容に変更があった場合、その旨を速やかに東大阪市へ届け出ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 集団指導の伝達	東大阪市が実施した直近の集団指導の内容について、事業所職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第 5 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準	利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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あたっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 介護予防認知症対応型通所介護の基本取扱方針	介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては、「介護予防」とは、単に高齢者の運動機能や栄養改善といった特定の機能の改善だけを指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整等を通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態に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して行われるものであることに留意しつつ行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供にあたっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供されたサービスについては、介護予防認知症対応型通所介護計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 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の作成にあたって、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議等の方法により、利用者の状況を把握・分析し、問題状況をあきらかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、サービスの具体的な内容、所要時間、日程等をあきらかにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	介護予防認知症対応型通所介護計画に定める計画期間が終了するまでに少なくとも1回は介護予防認知症対応型通所介護計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	モニタリングの結果を記録し、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（地域包括支援センター）に少なくとも1月に1回は報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	モニタリングの結果を踏まえ、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、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ますか。また、変更を行う場合、介護予防認知症対応型通所介護計画作成と同様の一連の手続きを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第6 介護給付費の算定及び取扱い				
1 端数処理	算定される単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 所要時間の取扱い	所要時間の算定は、サービス提供に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ための標準的な時間で行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所要時間の算定は、送迎に要する時間を除いていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 定員超過減算	1月間の利用者数の平均が、定員を超えている場合は、その翌月から定員超過が解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 人員基準 欠如減算	看護・介護職員の人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護・介護職員の人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護	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はじめて長時間利用に結びつ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に対して2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行った場合は、「所要時間4時間以上5時間未満の場合」の単位数の100分の63に相当する単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護であっても、本来の目的に照らし、日常生活動作能力などの向上のため機能訓練を実施し、単に入浴サービスのみといった利用はしていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 延長加算	適当数の従業者を配置して延長サービスを行うことが可能な体制ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	② 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日常生活上の世話をを行った場合に、通算した時間が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定の単位数に加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 9時間以上10時間未満の場合 50単位			
	ロ 10時間以上11時間未満の場合 100単位			
	ハ 11時間以上12時間未満の場合 150単位			
	ニ 12時間以上13時間未満の場合 200単位			
	ホ 13時間以上14時間未満の場合 250単位			
7 入浴介助加算	体調不良等により入浴が実施しなかった場合について、加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入浴ではなく、部分浴や清拭を行った場合に、加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション事業所若しく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貴事業所を訪問し、貴事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえて策定し、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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て計画的に機能訓練を適切に提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が貴事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、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、記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の際、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に相談・報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の際、必要に応じて利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)を利用者ごとに保管し、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようになっていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 個別機能訓練加算	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、看護師、准看護師、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の資格を有する者(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ります。)を1名以上配置して個別機能訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日におけるサービスのみが当該加算の算定となります。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ利用者や居宅介護支援事業者に周知していませんか。なお、看護職員が機能訓練指導員を兼務している場合、個別機能訓練に係る職務の時間は、看護職員としての人員基準の算定に含めていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練計画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評価等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその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、記録していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、常に事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにしていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条第6号に規定する要介護者となった者をいう。以下同じ。)に対して、指定認知症対応型通所介護を行った場合に算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	受け入れた若年性認知症利用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サービス提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	65歳の誕生日の前々日までの算定としていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 栄養改善加算	下記の基準に適合し、届出をしている場合、所定の単位数を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の従業者又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養改善加算を算定できる利用者は、以下のイからホのいずれかに該当する者など低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ BMIが18.5未満である者			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発06090011厚生労働省老健局長通知）規定する基本チェックリストのNO.11の項目が「1」に該当する者。			
	ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者。			
	ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者。			
	ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者。なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。			
	・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する（13）（14）（15）のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）			
	・生活機能の低下の問題			
	・褥瘡に関する問題			
	・食欲の低下の問題			
	・閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する（16）（17）のいずれかの項目において「1」に該当する者など含む。）			
	・認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する（18）（19）（20）のいずれかの項目において「1」に該当する者など含む。）			
	・うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する（21）から（25）の項目において、2項目以上「1」に該当する者を含む）			
	栄養改善サービスの提供は以下の手順を経て行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（1）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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（2）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（以下「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、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（栄養アセスメント）を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（3）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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（4）作成した栄養ケア計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（5）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。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	(6) 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か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医に対して情報提供する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤概ね3か月ごとの評価の結果、③のイからホまでいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとみとめられるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供することとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 栄養スクリーニング加算	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っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態について確認した以下に掲げる情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ BMIが18.5未満である者			
	・ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発06090011厚生労働省老健局長通知)規定する基本チェックリストのN0.11の項目が「1」に該当する者。			
	・ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者。			
	・ 食事摂取量が不良(75%以下)である者。			
	当該事業所以外で栄養スクリーニング加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 口腔機能向上加算	口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者			
	ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者			
	ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれがある者			
	利用者の口腔の状態によっては、口腔機能向上サービスによるよりも、医療における対応がより適切である場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歯科医療を受診している場合であつて、次のイ又はロのいずれかに該当する場合に算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	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			
	口腔機能向上サービスの提供は、以下の手順を経て行っていますか。			
	(1) 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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（以下「関連職種」）が利用者ごとの口腔清潔、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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計画を作成する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 作成した口腔機能改善管理計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能改善管理計画に基づき、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。その際、口腔機能改善計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者の口腔機能に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3か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利用者の主治医、主治の歯科医師に対して情報提供する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	概ね3か月ごとの評価の結果、次のイ、ロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者			
	ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者			
14 サービス種類の相互算定関係	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看護小規模多機能型居宅介護を受けている間に、認知症対応型通所介護費を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	施設入所（入院）者が外泊又は介護老人保健施設サービス費の試行的退所を算定した場合に、認知症対応型通所介護費を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に対し、認知症対応型通所介護を行う場合	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認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該認知症対応型通所介護事業所に通う利用者に対し、認知症対応型通所介護を行った場合は、1日につき所定単位数を減算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
16 送迎未実施減算	利用者に対して、その居宅と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は、片道につき所定単位数を減算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ			
	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以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度（4月1日から翌2月末までの11月分（3月を除く。））の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあっては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護福祉士の占める割合の算出にあたっては、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の過程を修了しているものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所介護費等算定方法第6号に規定する基準のいずれにも該当していませんか。（定員超過及び人員欠如に該当していませんか。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ			
	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以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度（4月1日から翌2月末までの11月分（3月を除く。））の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあっては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護福祉士の占める割合の算出にあたっては、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の過程を修了しているものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所介護費等算定方法第6号に規定する基準のいずれにも該当していませんか。（定員超過及び人員欠如に該当していませんか。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）			
	事業所の通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数三年以上の占める割合が100分30以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度（4月1日から翌2月末までの11月分（3月を除く。））の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあつては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所介護費等算定方法第6号に規定する基準のいずれにも該当していませんか。（定員超過及び人員欠如に該当していませんか。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成27年4月から届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成27年4月から届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成20年10月から届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれかに適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	b a)について、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成20年10月から届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(V)			
	【共通要件】			
	(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該事業所において、(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、届け出ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか(する予定である)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を東大阪市長に報告していますか(する予定ですか)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、雇用保険法(昭和49年法律第116号)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ませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所において、労働保険料(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)第十条第二項に規定する労働保険料をいう。)の納付を適正に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 別途通知(「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」)に基づいて、処理を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>