**（介護予防）認知症対応型共同生活介護自主点検表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | | 年　　月　　日 | 事業所番号 | |  |
| 法　人　名  （所在地も記入） | |  | | | |
| 代表者（理事長）名 | |  | | | |
| 事業所 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話番号  FAX番号 | | －　　　　－  －　　　　－ | | E-mail |  |
| 管理者氏名 | |  | | | |
| 記入担当者職・氏名 | | （職）  （氏名） | | 連絡先電話号 | －　　　　－ |

下記のチェック項目の内容を満たしているものについては「できている」、そうでないものは「できていない」に、該当しない内容については、「該当なし」にチェックをしてください。

**Ⅵ（介護給付費関係）**

| **項　　目** | **内　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　端数処理 | 単位数算定の際の端数処理  　・単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 金額換算の際の端数処理  　・算定された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）の端数があるときは、端数を切り捨てていますか。 | □ | □ | | □ |
| ２　サービス種類相互の算定関係について | 認知症対応型共同生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）を算定していませんか。  ※　認知症対応型共同生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。 | □ | □ | | □ |
| ３　「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について | 加算の算定要件として、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、判定結果（医師の判定結果又は主治医意見書）を用いていますか。  ※　主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」（平成21年９月30日老発0930第５号厚生労働省老健局長通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「３　主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「３　心身の状態に関する意見　(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。 | □ | □ | | □ |
|  | 判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画または各サービスのサービス計画に記載していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られなかった場合を含む。）にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「２(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」の７の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いていますか。 | □ | □ | | □ |
| ４　認知症対応型共同生活介護費 | 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| ５　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 | 当該減算における利用者の数は１月間（歴月）の利用者の数の平均を用いていますか。  ※当該月の全利用者等の延数を、当該月の日数で除して得た数の小数点以下を切り上げるものとする。 | □ | □ | | □ |
|  | 定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、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し、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 災害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ますか。 | □ | □ | | □ |
| ６　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 | 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31日をもって終わる年度とする）の平均（新規開設又は再開の場合は推定数）を用いていますか。  ※　利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数の小数点第２位以下を切り上げるものとする。 | □ | □ | | □ |
|  | 介護職員の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数を用いていますか。  ※　配置された職員の１月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。 | □ | □ | | □ |
| （１割を超えて減少した場合） | 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は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ・（介護職員の算定式） |  |  | |  |
| （１割の範囲内で減少した場合） | 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は、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。  ※　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。 | □ | □ | | □ |
|  | ・（介護職員の算定式） |  |  | |  |
| （計画作成担当者の人員欠如の場合） | 計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合及び計画作成担当者のうち介護支援専門員を配置していない場合については、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100分の70に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 7　夜勤減算 | 夜間勤務職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。  　①夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が２日以上連続して発生した場合  　②夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が４日以上発生した場合  ※夜間勤務職員･･･共同生活住居ごとに夜勤を行う介護職員数が１以上。だだし、共同生活住居が３の場合ですべての共同生活住居が同一階において隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、当該事業所による安全対策が講じられ、利用者の安全性が確保されていると認められる場合は２以上の介護職員に夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数以上 | □ | □ | | □ |
| 8　身体拘束廃止未実施　減算  ★市に届出が必要 | 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていない場合、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算していますか。 | □ | □ | | □ |
| ①　緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。 | □ | □ | | □ |
| ②　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 | □ | □ | | □ |
| ③　身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 | □ | □ | | □ |
| ④　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ①～④が実施できていない場合、速やかに改善計画を市に提出し、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を市に報告していますか。 | □ | □ | | □ |
| 9　高齢者虐待防止措置未実施減算 | (1) 地域密着型サービス基準第3条の38の２に規定する措置（委員会・指針・研修・担当者の設置）を講じていますか。 | □ | □ | | □ |
| (2)上記の記録及び措置を行っていない事実が生じた場合に、次の事項を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| ①　速やかに改善計画を東大阪市に提出している。 | □ | □ | | □ |
| ②　改善計画提出後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を東大阪市に報告している。 | □ | □ | | □ |
| ③　上記①・②の手続きを行った上で、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間、入居者全員について所定単位数から、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算している。 | □ | □ | | □ |
| 10　業務継続計画未策定減算について | (1) 地域密着型サービス基準第3条の30の２第1項に規定する業務継続計画（感染症・非常時災害）を策定し、必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | | □ |
| (2) 上記の基準を満たさない事実が生じた場合に、事実が生じた翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入居者全員について、所定単位数から100分の3に相当する単位数を減算していますか。 | □ | □ | | □ |
| ※経過措置により、令和7年3月31 日までの間は、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算は適用しない |  |  | |  |
| 11　３ユニットの事業所が夜勤職員を２人以上とする場合 | 共同生活住居（ユニット）の数が３である指定認知症対応型共同生活介護事業所が、夜勤を行う職員の員数を２人以上とする場合（すべての共同生活住居が同一階において隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、当該事業所による安全対策が講じられ、利用者の安全性が確保されていると認められる場合に限る。）に、利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定単位数から１日につき５０単位を差し引いて得た単位数を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 12　夜間支援体制加算  ★市に届出が必要 | 下記の内容を満たし、該当する区分に従い、次に掲げる所定単位数を加算していますか。 |  | | | |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | すべての開所日において、夜間及び深夜の時間帯の体制が人員基準を上回っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 夜間支援体制加算（Ⅰ）　　50単位/日  認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が２以上ですか。 | □ | □ | | □ |
|  | 夜間支援体制加算（Ⅱ）　　25単位/日  認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ) 又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に１を加えた数以上ですか。 | □ | □ | | □ |
| （共通） | 施設基準第32号イの（3）の但し書きに規定する見守り機器を使用する場合における基準については、必要となる介護従業者の数が0.9を加えた数以上である場合においては、次の要件を満たすこと。 |  |  | |  |
|  | 1. 利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | (2)「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は3月に1回以上行っていますか。  ※当該委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護保険事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | □ | □ | | □ |
| 13　認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を行った場合に、入居を開始した日から起算して７日を限度として算定していますか。   * 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指します。 | □ | □ | | □ |
|  | 介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意を得ていますか。  ※　この際、短期利用認知症対応型共同生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。 | □ | □ | | □ |
|  | 以下に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に、当該加算を算定していませんか。  a.病院又は診療所に入院中の者  　b.介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者  　c.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、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、（地域密着型）短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 | □ | □ | | □ |
| 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録し、事業所は判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。 | □ | □ | | □ |
| 14　若年性認知症利用者受入加算  ★市に届出が必要 | 若年性認知症利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、1日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | | □ |
| 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、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。 | □ | □ | | □ |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 一度、当該加算の対象者となった入居者は、65歳の誕生日の前々日までを対象としていますか。 | □ | □ | | □ |
| 15　利用者の入院期間中の体制  ★市に届出が必要 | 下記の基準に適合し、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、１月において６日を限度として所定単位数に代えて１日につき246単位を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後３月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居するこができる体制を確保し、そのことを利用者に対して説明していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ※「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものです。  ※「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの利用により、居室の確保が間に合わない場合等を指すものであり、事業所側の都合は、基本的には該当しないことに留意してください。 |  |  | |  |
|  | 入院の初日及び最終日は、算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中にあっては、当該利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくことが原則ですが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能です。ただし、この場合に入院時の費用は算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者の入院期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたっていますか。 | □ | □ | | □ |
| 16　看取り介護加算  ★市に届出が必要 | 下記に掲げる基準①～③に適合し、イ～ハに適合する利用者について看取り介護を行った場合は、死亡日以前31日以上45日以下については１日につき72単位を、４日以上30日以下については１日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき680単位を、死亡日については１日につき1,280単位を死亡月に加算していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 退居した日の翌日から死亡日までの間は算定していませんか。  ※　死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活介護事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は算定することができない。 | □ | □ | | □ |
|  | 医療連携体制加算を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ①　看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ②　医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者による協働の上、当該認知症対応型共同生活介護事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ③　看取りに関する職員研修を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者は以下のいずれにも適合していますか。 |  |  | |  |
|  | イ　医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者ですか。 | □ | □ | | □ |
|  | ロ　医師等（医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護支援専門員その他の職種の者）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受け同意した上で介護を受けている者を含む。）ですか。 | □ | □ | | □ |
| ハ　看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け同意した上で介護を受けている者を含む。）ですか。 | □ | □ | | □ |
| 事業所の職員以外での看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所、若しくは訪問看護ステーション（具体的には当該事業所と病院等が自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる状態であること）の職員ですか。 | □ | □ | | □ |
| 利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくために、計画、実行、評価、改善のサイクルにより看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には次のような取組が求められます。  ※　看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。 |  | | | |
| 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにしていますか。 | □ | □ | | □ |
| 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、見直しを行っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 質の高い看取り介護を実施するために、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めていますか。   * 看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要。 * 説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。 | □ | □ | | □ |
|  | 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていますか。   * 看取りに関する指針に盛り組むべき内容を「重度化した場合における対応に係る指針」に記載する場合は、その記載をもって看取り指針の作成に代えることができます。 | □ | □ | | □ |
|  | 同指針には下記の項目が定められていますか。 |  |  | |  |
|  | ・当該事業所の看取りに関する考え方 | □ | □ | | □ |
|  | ・終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方 | □ | □ | | □ |
|  | ・事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢 | □ | □ | | □ |
|  | ・医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む） | □ | □ | | □ |
|  | ・利用者等への情報提供及び意思確認の方法 | □ | □ | | □ |
|  | ・利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 | □ | □ | | □ |
|  | ・家族等への心理的支援に関する考え方 | □ | □ | | □ |
|  | ・その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な方法 | □ | □ | | □ |
|  | 看取り介護の実施に当たっては、下記に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ・終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 | □ | □ | | □ |
|  | ・療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 | □ | □ | | □ |
|  | ・看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者等に対する随時の説明に係る同意について、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能です。  この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておく必要があります。  なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要です。 |  | | | |
|  | 看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 事業所を退居等した月と死亡した月が異なる場合、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ていますか。   * 看取り介護加算は死亡月にまとめて算定されることから、利用者側にとって、認知症対応型共同生活介護に入居していない月についても自己負担を請求されることとなるため。 | □ | □ | | □ |
|  | 退居等の後も、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者等に対して説明をし、文書にて同意を得ていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、加算を算定していますか。   * 入院もしくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによります。 | □ | □ | | □ |
|  | 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、１月に２人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくありません。 |  | | | |
| 17　初期加算 | 入居した日から起算して30日以内の期間については、1日につき30単位を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
| 当該利用者が過去３月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は過去１月間とします。）の間に当該事業所に入居したことがない場合に限り算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 上記にかかわらず、30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、初期加算の算定をしていますか。 | □ | □ | | □ |
| 短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合（短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を終了した翌日に当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合も含む。）については、入居直前の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 18協力医療機関連携加算について | (1)協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を月に1回以上開催しているか。  ※ただし電子的システムにより当該協力医療機関において入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合は定期的に年３回以上の開催すること。協力医療機関への診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合は、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。※会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。  ※本加算における会議は、入居者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととして差し支えない。 | □ | □ | | □ |
| (2)会議の開催状況については、その概要を記録していますか。 | □ | □ | | □ |
| (3)協力医療機関が以下の①～②を満たし、医療機関の情報を東大阪市に届け出している場合は100単位を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 1. 利用者の病状が急変した場合等において、医師または看護職員が相談　対応を行う体制を常時確保していること。 |  |  | |  |
| 1. 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 |  |  | |  |
| (4)　(3)以外の場合は、40単位　を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| (5)　医療連携体制加算を算定していない場合は、算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 19　医療連携体制加算  ★市に届出が必要 | 医療連携加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、または（Ⅰ）ハのいずれかの加算と医療連携加算（Ⅱ）を同時に算定する場合を除き、併算不可であるもの。 |  |  | |  |
| 以下に掲げる施設基準に適合する場合に当該加算を算定していますか | □ | □ | | □ |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）イ |  |  | |  |
| (１)　当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護師を常勤換算方法で一名以上配置していますか。 | □ | □ | | □ |
| (２)　当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していますか。 | □ | □ | | □ |
| (３)　重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | | □ |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ | □ | □ | | □ |
| (１)　当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で一名以上配置していますか。 | □ | □ | | □ |
| (２)　当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。ただし、(1)により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、二十四時間連絡できる体制を確保していますか。 | □ | □ | | □ |
| (３)　イ(3)に該当していますか。 | □ | □ | | □ |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ |  |  | |  |
| (１)　当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を一名以上確保していますか。  ※准看護師では本加算は認められない。 | □ | □ | | □ |
| (２)　看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していますか。 | □ | □ | | □ |
| (３)　イ(3)に該当していますか。 | □ | □ | | □ |
| 医療連携体制加算(Ⅱ) |  |  | |  |
| (１)　医療連携体制加算(Ⅰ)イ、ロ又はハのいずれかを算定していること。 | □ | □ | | □ |
| (２)　算定日が属する月の前三月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が一人以上ですか。 | □ | □ | | □ |
| (一)　 喀痰吸引を実施している状態  (二)　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態  (三)　中心静脈注射を実施している状態  (四)　人工腎臓を実施している状態  (五)　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態  (六)　人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態  (七)　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態  (八)　 褥瘡に対する治療を実施している状態  (九)　気管切開が行われている状態  (十)　留置カテーテルを使用している状態  (十一)　インスリン注射を実施している状態 |  |  | |  |
| 20退居時情報提供加算 | 利用者が退所退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に、利用者１人につき１回に限り算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 入居者が退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するにあたっては、別紙様式９の文書（退去時情報提供書）に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付していますか。 | □ | □ | | □ |
| 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 21　退居時相談援助加算 | 利用期間が１月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退居時に当該利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 当該利用者の同意を得て、退居の日から２週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供していますか。 | □ | □ | | □ |
| 利用者１人につき１回を限度として算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 退居時相談援助の内容は、次のようなものですか。  　①食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助  　②退居する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助  　③家屋の改善に関する相談援助  　④退居する者の介助方法に関する相談援助 | □ | □ | | □ |
| 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力して行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 退居者及びその家族等のいずれにも行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 以下の場合において、算定していませんか。  　・退居して病院又は診療所へ入院する場合  　・退居して他の介護保険施設への入院若しくは入所又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、（地域密着型）特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合  　・死亡退居の場合 | □ | □ | | □ |
| 22　認知症専門ケア加算  ★市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者）に対して、専門的な認知症ケアを行った場合、次に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。  ※　短期利用認知症対応型共同生活介護利用者については算定不可。  ※ 認知症チームケア推進加算の算定不可。 | □ | □ | | □ |
|  | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）　　３単位  下記の要件①～③を満たしている場合。 | □ | □ | | □ |
|  | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）　　４単位  下記の要件①～⑤を満たしている場合 | □ | □ | | □ |
|  | ①　事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下、「対象者」）の占める割合が２分の１以上ですか。 | □ | □ | | □ |
|  | ②　認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修、認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合であっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ③　当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ④　認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者養成研修、認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を１名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ⑤　当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していますか。 | □ | □ | | □ |
| 23認知症チームケア推進加算  ※（Ⅰ）・(Ⅱ)の区分の併算不可  　★市への届出必要 | 以下の基準を満たす者として、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はＭに該当する入居者）に対して認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
| ●認知症チームケア推進加算(Ⅰ)　150単位 |  |  | |  |
| (1)入居者の総数のうち、対象者（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はＭに該当する入居者）の占める割合が2分の1以上ですか。 | □ | □ | | □ |
| (2)以下の研修をいずれも修了した職員を1名以上配置して、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいますか。 | □ | □ | | □ |
| ①認知症介護指導者養成研修 |  |  | |  |
| ②認知症チームケア推進研修  ※認知症である入居者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。）  ※研修の実施主体は「認知症介護研究・研修センター」など |  |  | |  |
| (3)対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していますか。 | □ | □ | | □ |
| ※厚労省通知「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」に基づきチームケアを実施すること。 |  |  | |  |
| (4)対象者 1 人につき月 1 回以上の定期的なカンファレンスを開催し、BPSD を含めて個々の入居者等の状態を評価し、ケア計画策定、ケアの振り返り、状態の再評価、計画の見直し等を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| ※別紙様式「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。 |  |  | |  |
| (5)認知症専門ケア加算を算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
| ●認知症チームケア推進加算(Ⅱ)　120単位 |  |  | |  |
| (1)上記認知症チームケア推進加算(Ⅰ)　の(1)・(3)～(5)に該当していますか。 | □ | □ | | □ |
| (2)以下の研修をいずれも修了した職員を1名以上配置して、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいますか。 | □ | □ | | □ |
| 1. 認知症介護実践リーダー研修 |  |  | |  |
| 1. 認知症チームケア推進研修 |  |  | |  |
| 24　生活機能向上連携加算【予防も同様】 | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)　　100単位 |  |  | |  |
|  | 計画作成担当者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、「理学療法士等」）の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画（以下、「介護計画」）を作成し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「介護計画」は、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるようその有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものですか。 | □ | □ | | □ |
|  | 介護計画には、生活機能アセスメント（当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して行う現在の状況及びその改善可能性の評価）の結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | イ　利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 | □ | □ | | □ |
|  | ロ　生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた３月を目途とする達成目標 | □ | □ | | □ |
|  | ハ　ロの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 | □ | □ | | □ |
|  | ニ　ロ及びハの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容 | □ | □ | | □ |
|  | 上記ロ及びハの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。  ※　例えば、当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等 | □ | □ | | □ |
|  | ※本加算は、理学療法士等が事業所を訪問せずにＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成担当者に助言を行い、計画作成担当者が、助言に基づき介護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的に実施することを評価するものです。 |  |  | |  |
|  | a　介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は事業所の計画作成担当者と連携してＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に助言を行うこと。なお、ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成担当者で事前に方法等を調整しておくこと。  ※この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護医療院です。 | □ | □ | | □ |
|  | ｂ　事業所の計画作成担当者は、ａの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、介護計画の作成を行うこと。なお、介護計画には、ａの助言の内容を記載していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ｃ　本加算は、介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、ａの助言に基づき介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により介護計画を見直した場合を除き、介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | ｄ　３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度ａの助言に基づき介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能です。 | □ | □ | | □ |
|  | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)　　200単位 |  |  | |  |
|  | 利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等）が指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該理学療法士等と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画（以下、「介護計画」）を作成した場合であって、当該理学療法士等と連携し、当該計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護が行ったときは、初回の指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降３月の間、１月につき200単位を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「介護計画」は、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるようその有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものですか。 | □ | □ | | □ |
|  | 上記の介護計画の作成に当たっては、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認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に生活機能アセスメント（当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して行う、現在の状況及びその改善可能性の評価）を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ※　この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護医療院です。 |  | | | |
|  | 介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | イ　利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 | □ | □ | | □ |
|  | ロ　生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた３月を目途とする達成目標 | □ | □ | | □ |
|  | ハ　ロの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 | □ | □ | | □ |
|  | ニ　ロ及びハの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容 | □ | □ | | □ |
|  | 上記ロ及びハの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。  ※　例えば、当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等 | □ | □ | | □ |
|  | 介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む３月を限度として算定されるものであり、３月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度生活機能アセスメントに基づき介護計画を見直していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及びロの達成目標を踏まえた適切な対応を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| 25　栄養管理体制加算 | 管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき30単位を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ※栄養管理体制加算の算定に係る管理栄養士は、外部（他の介護事業所（栄養管理体制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」）との連携により体制を確保した場合も、算定できます。 |  |  | |  |
|  | ※「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の低栄養状態の評価方法、栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊・多動等）への対応方法、食形態の調整及び調理方法その他当該事業所において日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントをいうものではありません。 |  |  | |  |
|  | 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ・当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題 | □ | □ | | □ |
|  | ・当該事業所における目標 | □ | □ | | □ |
|  | ・具体的方策 | □ | □ | | □ |
|  | ・留意事項 | □ | □ | | □ |
|  | ・その他必要と思われる事項 | □ | □ | | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 26　口腔衛生管理体制加算 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき30単位を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（介護保険最新情報Vol.936）」を確認したうえで実施していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではありません。 |  | | | |
|  | 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載していますか。 |  | | | |
|  | ・当該事業所における利用者の口腔ケアを推進するための課題 | □ | □ | | □ |
|  | ・当該事業所における目標 | □ | □ | | □ |
|  | ・具体的方策 | □ | □ | | □ |
|  | ・留意事項 | □ | □ | | □ |
|  | ・当該事業所と歯科医療機関との連携状況 | □ | □ | | □ |
|  | ・歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。） | □ | □ | | □ |
|  | ・その他必要と思われる事項 | □ | □ | | □ |
|  | 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 27　口腔・栄養スクリーニング加算 | 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」）を行った場合に１回につき20単位を算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 利用者が、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る場合には算定していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を確認したうえで実施していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、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われることに留意していますか。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。 | □ | □ | | □ |
|  | 口腔スクリーリング及び栄養スクリーニングを行うにあたっては、利用者についてそれぞれ**次に掲げる確認**を行い、確認した情報（利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれがある場合又は低栄養状態の場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に対し、提供していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | イ 口腔スクリーニング  a開口ができないもの  b歯の汚れがあるもの  c舌の汚れがあるもの  d 歯肉の腫れ、出血があるもの  e 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができないもの  f むせがあるもの  g ぶくぶくうがいができないもの  h食物のため込み、残留があるもの |  |  | |  |
|  | ロ 栄養スクリーニング  ａ ＢＭＩが18.5 未満である者  ｂ 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日老発第0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの№11 の項目が「１」に該当する者  ｃ 血清アルブミン値が3.5ｇ／dl 以下である者  ｄ 食事摂取量が不良（75％以下）である者 | □ | □ | | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | | □ |
| 28　科学的介護推進体制加算 | 下記の要件を満たし、利用者に対し指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、１月につき20単位を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
| ★市に届出が必要 | 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ますか。  ※情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連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」を参照 | □ | □ | | □ |
|  | 必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、上記に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 原則として入居者全員を対象として、入居者ごとに要件を満たした場合に、当該事業所の入居者全員に対して算定していますか。 | □ | □ | | □ |
|  | ※事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけで本加算を算定していませんか。  イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。  ロ　サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。  ハ 　ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。  ニ　検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。 | □ | □ | | □ |
| 29高齢者施設等感染対策向上加算  ※（Ⅰ）、(Ⅱ)の区分の併算可能 | 要件を満たして届けている場合は、下記の区分に従い１月につき所定単位数を加算していますか。 |  |  | |  |
| ●高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。　１０単位 |  |  | |  |
| (1) 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していますか。  　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※第二種協定指定医療機関の一覧については大阪府のウェブサイトを参照  （大阪府）新型インフルエンザ等感染症等にかかる医療措置協定について  <https://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/osakakansensho/iryosoti.html>  ※経過措置として、令和6年9月30日までは感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算と連携することでも差支えない。その場合でも、10月1日以降は第二種協定指定医療機関との連携が必要。 | □ | □ | | □ |
| (2)協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していますか。  ※季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。 | □ | □ | | □ |
| (3)感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していますか。  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | | □ |
| ※感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等については近畿厚生局ウェブサイトを参照  （近畿厚生局）ウェブサイト  https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\_kikan/shitei\_jokyo\_00004.html  「医科」のファイルの受理番号に「感染対策１」「感染対策２」「感染対策３」「外来感染」の記載のある医療機関が該当する。 |  |  | |  |
| ※高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。  ※院内感染対策に関する研修又は訓練については、当該医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス 又は訓練 や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス 又は訓練を対象とする。  ※令和6年度は、医療機関に予定日と職員の参加の可否を確認し、令和7年3月31日までに当該研修又は訓練に参加できる目途があれば算定可能。 |  |  | |  |
| ●高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)　５単位 |  |  | |  |
| 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていますか。  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | | □ |
|  | ※実地指導は当該医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことを想定 |  |  | |  |
| 30新興感染症等施設療養費 | 指定認知症対応型共同生活介護事業所が、入居者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定していますか。 | □ | □ | | □ |
| ※対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。 |  |  | |  |
| 31生産性向上推進体制加算 | 要件を満たして届けている場合は、下記の区分に従い１月につき所定単位数を加算していますか。 |  |  | |  |
| ●生産性向上推進体制加算(Ⅰ)　100単位  次に掲げる基準のいずれにも適合すること |  |  | |  |
| (1)利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。 |  |  | |  |
| (一)　業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保をおこなっていますか。 |  |  | |  |
| (二)　職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮をしていますか。 | □ | □ | | □ |
| (三)　介護機器の定期的な点検を行っていますか。 | □ | □ | | □ |
| (四)　業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修を実施していますか。 | □ | □ | | □ |
| (2)　(1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績ありますか。 | □ | □ | | □ |
| (3)介護機器を複数種類活用していますか。 | □ | □ | | □ |
| (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認していますか。 | □ | □ | | □ |
| (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。 | □ | □ | | □ |
| ●生産性向上推進体制加算(Ⅱ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。  10単位 | □ | □ | | □ |
| (1)　加算(Ⅰ)の(1)に適合していますか。 | □ | □ | | □ |
| （2） 介護機器を活用していますか。 | □ | □ | | □ |
| (3) 事業年度ごとに(2)及び加算(Ⅰ)の(Ⅰ)の取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。 | □ | □ | | □ |
| （共通） | 当該加算に当たっては、算定に厚労省通知「生産性向上推進体制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等の提示について」の通り運用していますか。 | □ | □ | | □ |
| 32　サービス提供体制強化加算  ★市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、利用者に対し指定認知症対応型共同生活介護を行った場合、該当する区分に従い、次に掲げる所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | | □ |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　22単位/日  次のいずれかに適合していますか。  ※適合する項目にチェック☑する。  □　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。  □　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。 | □ | □ | | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　　　　18単位/日  介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上ですか。 | □ | □ | | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　　　　6単位/回  次のいずれかに適合していますか。  ※適合する項目にチェック☑する。  □　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。  □　看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。  □　直接サービス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。  ※直接提供する職員とは、介護従業者として勤務を行う職員を指すものとする。 | □ | □ | | □ |
| （職員の割合の算出について） | 常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用いていますか。   * 認知症対応型共同生活介護の職員に係る常勤換算にあたっては、利用者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれますが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 | □ | □ | | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再会した事業所を含む。）については、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ていますか。   * 新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能。 | □ | □ | | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合が毎月継続的に所定の割合を維持しているとともに、その記録をしていますか。   * 所定の割合を下回った場合は、直ちに加算の取り下げを行うこと。 | □ | □ | | □ |
|  | 介護福祉士については各月の前月の末日時点で資格を取得している者としていますか。 | □ | □ | | □ |
|  | 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができるものとする。 | □ | □ | | □ |

Ⅶ（介護給付費関係　（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護費）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** |
| １　短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）  （予防含む） | 共同生活住居（ユニット）の数が１ですか。 | □ | □ | □ |
| 当該事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設の運営について、３年以上の経験を有していますか。 | □ | □ | □ |
| 認知症対応型共同生活介護の基準に定める従業者の員数を置いていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用するものですか。 | □ | □ | □ |
| １の共同生活住居において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は１名としていますか。 | □ | □ | □ |
| 利用の開始に当たっては、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていますか。 | □ | □ | □ |
| 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たり、認知症介護実務者研修「専門課程」、認知症介護実践研修「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は「認知症介護指導者養成研修」を修了している従業者を確保していますか。 | □ | □ | □ |
| ２　短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）  （予防含む） | 共同生活住居（ユニット）の数が２以上ですか。 | □ | □ | □ |
| 当該事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設の運営について、３年以上の経験を有していますか。 | □ | □ | □ |
| 認知症対応型共同生活介護の基準に定める従業者の員数を置いていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用するものですか。 | □ | □ | □ |
| １の共同生活住居において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は１名としていますか。 | □ | □ | □ |
| 利用の開始に当たっては、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていますか。 | □ | □ | □ |
| 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たり、認知症介護実務者研修「専門課程」、認知症介護実践研修「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は「認知症介護指導者養成研修」を修了している従業者を確保していますか。 | □ | □ | □ |