

## 認知症対応型共同生活介護費 介護予防認知症対応型共同生活介護費

### ※記入上の注意事項

- ① 実地指導を行う前月分及び前々月分の請求について点検し、記入してください。（当日確認するため、事前提出は不要です。）  
 ② 前月分及び前々月分の請求で該当の加算・減算を算定した場合は、「適」「否」のどちらかを選択してください。  
 また、その加算・減算について算定していない場合は「対象外」を選択してください。

点検項目	点検事項	点検結果				
夜勤減算	介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
身体拘束廃止未実施減算	身体的拘束等を行う場合の記録を行っている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	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。または、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上及び新規採用時）に実施している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
夜間支援体制加算Ⅰ	ユニット数が1	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/> 対象外
	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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
夜間支援体制加算Ⅱ	ユニット数が2以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/> 対象外
	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共同生活住居の数プラス1以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
認知症行動・ 心理症状緊急対応加算	当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び短期利用共同生活介護の利用中の者でない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/> 対象外
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	医師が緊急に短期利用共同生活介護を利用することが適当と判断し、その当日または翌日に利用を開始	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	介護支援専門員及び受入事業所との連携をし、利用者又は家族との同意を得ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は判断を行った日時、医師名、留意事項等を介護サービス計画書に記録している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	利用開始日から起算して7日以内の算定としている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/> 対象外
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
利用者の入院期間中の体制	入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれる者	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/> 対象外
	退院後再び当該事業所に円滑に入居することができる体制を確保している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	
	入院した場合、1月に6日を限度に算定	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	

点検項目	点検事項	点検結果		
看取り介護加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	看取りに関する指針を定め、利用者又はその家族等に対して同意を得ている。	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	利用者、家族等の同意を得て、介護に係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	終末期にたどる経過、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、多職種連携により利用者又はその家族等に対し十分な説明を行い理解を得ている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	前記の説明の際には、利用者に関する記録を活用した説明資料の写しを提供している	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	医師、看護職員（グループホームの職員又はグループホーム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）、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議により看取りに関する指針を適宜見直している	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	次のPDCAサイクルを構築している。 看取りに関する指針を定め、看取りに対する方針を明らかにする（Plan） 医師の診断を前提にした介護に係る計画に基づき支援を行う（Do） 多職種参加のカンファレンス等を通じ、実施した介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びその支援を行う（Check） 看取りに関する指針の内容や介護の実施体制について、適宜見直しを行う（Action）	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	必要な事項について介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、適切な情報共有に努めている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	看取りに関する職員研修を行っている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	死亡前に退居した場合、入院先の医療機関等に対して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、本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	本人又は家族に対する随時説明を口頭とした場合は介護記録に記載している	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容等及び本人家族の状況が記載されている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	死亡日以前30日の算定としている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否		
初期加算	入居日から起算して30日以内の算定としている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	30日を超える入院後の入居	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
医療連携体制加算Ⅰ	病院、訪問看護ステーション等との連携により看護師を1名以上確保	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	看護師による24時間連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
医療連携体制加算Ⅱ	看護職員を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象外
	事業所の看護師又は病院、訪問看護ステーションの看護師との連携による24時間連絡体制を確保 ただし、事業所に配置している職員が准看護師のみ場合、病院、訪問看護ステーション等の看護師との連携による24時間連絡体制を確保	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1名以上 (1) 喀痰吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	
	入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否	

点検項目	点検事項	点検結果					
医療連携体制加算Ⅲ	看護師を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	事業所の看護師又は病院、訪問看護ステーションの看護師との連携による24時間連絡体制を確保	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1名以上 (1) 喀痰吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
退居時相談援助加算	利用期間が1ヶ月を超える利用者が退居	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	退居後、病院や診療所に入院したり、他の介護保険施設等（グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設等を含む）に入所（入居）していない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
利用者一人につき1回が限度	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否			
認知症専門ケア加算Ⅰ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に、対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に、対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	専門的な研修修了者を上記の基準に加え1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
生活機能向上連携加算	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士等が事業所を訪問している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	計画作成担当者が医師、理学療法士等と利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、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を作成している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	当該医師、理学療法士等と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく介護を行い、初回の介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき算定している。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
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、介護職員に口腔ケアに係る助言、指導を月1回以上行っている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的方策、留意事項等必要な事項が記載されている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
栄養スクリーニング加算	従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者を担当する計画作成担当者に提供している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	当該事業所以外で、既に栄養スクリーニング加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
サービス提供体制強化加算 Iイ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が常勤換算方法で6割以上で、その割合を確認することができる記録がある	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
サービス提供体制強化加算 Iロ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が常勤換算方法で5割以上で、その割合を確認することができる記録がある	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
サービス提供体制強化加算 II	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数が常勤換算方法で7割5分以上で、その割合を確認することができる記録がある	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
サービス提供体制強化加算 III	直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者が常勤換算方法で3割以上で、その割合を確認することができる記録がある	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 (I～V共通)	退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、当該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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	前記計画に基づき適切な措置を講じている。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画の内容を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画の内容を市町村長に届け出ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	算定日が属する月の前12月間で、労働基準法・労働者災害補償保険法・最低賃金法・労働安全衛生法など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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
労働保険料の納付が適正に行われている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否			
介護職員処遇改善加算 I(特有)	(a) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(賃金関係含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 前記要件を書面をもって作成し、すべての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(d) 前記の研修について、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けている。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(f) 前記の昇給等の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(g) 平成27年4月から計画の届出日の属する月の前月までに実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金以外)を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 II(特有)	(a) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(賃金関係含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 前記要件を書面をもって作成し、すべての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(d) 前記の研修について、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e) 平成27年4月から計画の届出日の属する月の前月までに実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金以外)を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
介護職員処遇改善加算Ⅲ(特有)	(a) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係含む)を定め、 <b>書面</b> をもって作成し、すべての介護職員に <b>周知</b> している	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 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、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 平成20年10月から計画の届出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(賃金以外)及び要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算Ⅳ(特有)	(a) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係含む)を定め、 <b>書面</b> をもって作成し、すべての介護職員に <b>周知</b> している	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 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、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 平成20年10月から計画の届出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(賃金以外)及び要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ・Ⅱ共通)	以下の項目の全てが「適」であるか。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(a)介護職員、その他の職員の賃金改善に要する費用の見込み額が、当該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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(b)経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否		
	(c)当該加算の算定見込み額が少額、その他の理由により(b)の賃金改善が困難である	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(d)経験・技能のある介護職員の賃金改善見込み額の平均が、その他の介護職員の賃金改善見込み額の平均の2倍以上である	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e)その他の介護職員の賃金改善見込み額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善見込み額の平均の2倍以上である	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否		
	(f)介護職員以外の職員の平均賃金額がその他の介護職員の平均賃金額を上回らない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(g)当該加算の支給対象となる、介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金見込額が年額440万円を上回らない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(h)賃金改善、実施期間、実施方法、処遇改善等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し市長に届け出ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(i)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)までのいずれかを算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(j) 職場環境要件の処遇改善の内容及び要した費用を全ての介護職員に周知し、区分ごとに1つ以上の要件を満たしている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
(k)(j)の処遇改善の内容をインターネット、その他適切な方法により公表している又は公表予定(令和2年から算定要件)	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(特有)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外