

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

運営指導 事前提出資料(自己点検表)

事業所名	
------	--

シート名	構成内容
①	I 人員基準
	II 設備基準
	III 運営基準
②	IV-1 介護給付費関係
③	IV-2 介護給付費関係(介護予防)
加算	加算等一覧
実績表	利用者実績及び従業員の就業実績表
記載例	記載例

留意事項 : エクセルシート数は表紙を含めて7枚です。
漏れなく記載(入力)してください。

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 自己点検表

事業所名	
点検者職・氏名	
点検年月日	令和 年 月 日

- 各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。
 ○該当しない項目については未記入のままにしてください。
 ○「I 人員基準からⅢ運営基準」までは、別に定める場合を除き、居宅サービス及び介護予防サービス共通とします。その際、介護予防サービスにおいては要介護を要支援に、通所介護を介護予防通所介護に、居宅サービス計画を介護予防サービス計画に、居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者に、それぞれ読み替えてください。
 ○根拠条文の「基準」は、「新潟市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」、「予防基準」は「新潟市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例」を指します。
 ○「確認項目」の欄については、「介護保険施設等の指導監督について（令和4年3月31日老発0331第6号）厚生労働省老健局長通知」を根拠としています。

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
I 人員基準 点検結果を入力してください ↓						
1	従業者の員数 ・利用者に対し、従業員の員数は適切ですか	ユニットごとに、夜間及び深夜の時間帯以外に従業者の員数は標準数（利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上）を満たしている 夜間及び深夜の時間帯の従業者の員数は標準数（1以上）を満たしている ただし、当該事業所の有する共同生活住居の数が3である場合において、当該共同生活住居が全て同一の階において隣接し、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って、当該事業者による安全対策が講ぜられ、利用者の安全性が確保されていると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯に事業所ごとに置くべき介護従業者の員数は、夜間及び深夜の時間帯を通じて2以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数以上とすることができる →ユニット数（ ）、 夜間及び深夜の時間帯の従業者の員数（ ）人 従業者のうち1以上の者は、常勤となっている →常勤（ 名）非常勤（ 名）	□	□	基準第111条 予防基準 第72条	・勤務実績表、タイムカード ・勤務体制一覧表 ・従業者の資格証を確認する書類
			□	□		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
1 従業者の員数	・ 計画作成担当者は必要な研修を受けていますか	計画作成担当者を配置している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第111条 予防基準第72条	・ 研修を修了したことがわかるもの
		計画作成担当者は、次のいずれかの研修を修了している ・ 痴呆介護実務者研修（基礎課程） ・ 認知症介護実践者研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		計画作成担当者のうち1以上の者は、介護支援専門員をもって充てている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 管理者	・ 管理者は常勤専従ですか	常勤専従の管理者を配置している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第112条 予防基準第73条	・ 管理者の勤務実績表/タイムカード ・ 管理者履歴書
	・ 他の職務を件兼務している場合、兼務体制は適切ですか	管理者が他の職務等を兼務している場合、業務に支障はない → 下記の事項について記載してください ・ 兼務の有無（有・無） ・ 当該事業所の他職務と兼務している場合はその職務名（ ） ・ 同一敷地内の他事業所と兼務している場合は事業所名、職務名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 事業所名：（ ） 職務名：（ ） 勤務時間：（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		・ 管理者は必要な研修を受けていますか	次の研修を修了している 認知症対応型サービス事業管理者研修（みなし措置あり） 適の場合、具体的内容を記載してください （ ）	<input type="checkbox"/>		
						・ 研修を修了したことがわかるもの

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
II 設備基準 点検結果を入力してください ↓						
2	設備に関する基準 ・平面図に合致していますか ・使用目的に沿って使われていますか	各室、設備は使用目的に沿って使われている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第114条 予防基準第75条	・事業所平面図
		入居定員は1ユニットで5人以上9人以下となっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		一つの居室の定員は1人となっている →不適の場合、その理由を記載してください ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		居室の床面積は7.43平方メートル以上となっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
III 運営基準 点検結果を入力してください ↓						
3	内容及び手続の説明及び同意 ・利用申込者又はその家族への説明と同意の手続きを取っていますか ・重要事項説明書の内容に不備はありませんか	サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項に関する規程の概要、従業員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第10条 予防基準第12条	・重要事項説明書（利用申込者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・利用契約書
4	受給資格等の確認 ・被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認していますか	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第13条 予防基準第15条	・介護保険番号、有効期限等を確認している記録等
5	入退居 ・入居申込者が認知症であることを確認していますか ・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めていますか	入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第115条 予防基準第76条	・アセスメントシート ・モニタリングシート ・認知症対応型共同生活介護計画（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・医師の診断書
		入居申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		退居の際には、利用者及び家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に必要な援助を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
6	サービスの提供の記録	・認知症対応型共同生活介護計画にある目標を達成するための具体的なサービスの内容が記載されていますか ・日々のサービスについて、具体的な内容や利用者の心身の状況等を記録していますか	入居の年月日及び入居しているユニットの名称、又は、退居の年月日を、被保険者証に記載している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第116条 予防基準第77条	・サービス提供記録 ・業務日誌 ・モニタリングシート
	提供した具体的なサービスの内容等を記録している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	利用料等の受領	・利用者からの費用徴収は適切に行われていますか ・領収書を発行していますか ・医療費控除の記載は適切ですか	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第117条 予防基準第78条	・領収書控 ・請求書
			法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていない ① 食材料費 ② 理美容代 ③ おむつ代 ④ サービスのうち、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、利用者負担とすることが適当な費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・領収書を発行していますか ・医療費控除の記載は適切に行われていますか	サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	領収証には、医療費控除を適切に記載している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
8	指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針（身体拘束等の禁止）	・生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていませんか	サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準118条 予防基準 第79条 ・（身体拘束がある場合）入所者の記録 ・（身体拘束がある場合）家族への確認書 ・身体的拘束の適正化検討委員会議事録 ・身体的拘束等の適正化のための指針 ・身体拘束等の適正化のための研修に関する記録 ・外部評価及び自己評価の記録
			やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		・やむを得ず身体的拘束等をしている場合、家族等に確認をしていますか	「身体拘束ゼロへの手引き」に基づき、確認書等で家族等の同意を得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		・身体的拘束等の適正化を図っていますか（身体的拘束等を行わない体制づくりを進める策を講じていますか）	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、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			身体的拘束等の適正化のための指針を整備している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			盛り込む項目 ・事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ・身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 ・身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 ・事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針 ・身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ・利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ・その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			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）に実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			事業所の開設から概ね6か月を経過した後については、自己評価を少なくとも年1回は行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	・自ら提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者又は運営推進会議による評価を受け、結果を公表していますか	外部評価または運営推進会議における評価を少なくとも年1回は受けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
9	認知症対応型共同生活介護計画の作成 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針)	管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第119条 予防基準第89条	<ul style="list-style-type: none"> 認知症対応型共同生活介護計画(利用者又は家族の同意があったことがわかるもの) 認知症対応型共同生活介護計画(利用者又は家族の同意があったことがわかるもの) アセスメントシート サービス提供記録
		通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		計画作成担当者は、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、認知症対応型共同生活介護計画を作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・認知症対応型共同生活介護計画を本人や家族に説明し、同意を得ていますか	認知症対応型共同生活介護計画を利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得て、交付している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・アセスメントを適切に行っていますか	アセスメントシート等を用いて、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境の把握等を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・サービス担当者会議等により専門的意見を聴取していますか	サービス担当者会議等により専門的意見を聴取し、会議記録を作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・認知症対応型共同生活介護計画に基づいたケアの提供をしていますか	利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われている	<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家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
9 認知症対応型共同生活介護計画の作成 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針)	・目標達成状況は記録されていますか	モニタリングシート等を用いて、認知症対応型共同生活介護計画における目標達成状況の進捗管理を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第119条 予防基準第89条	・モニタリングシート
	・達成状況に基づき、新たな認知症対応型共同生活介護計画が立てられていますか	目標達成状況を踏まえた認知症対応型共同生活介護計画を作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・定期的にモニタリングを行っていますか	認知症対応型共同生活介護計画作成後も、計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10 介護等	・サービス提供は事業所の従業者によって行われているか	利用者の負担により、介護従業者以外の者による介護を受けさせていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第120条 予防基準第90条	・雇用の形態(常勤・非常勤)がわかる文書 ・サービス提供記録 ・業務日誌
		利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・原則として、利用者が介護従業者と食事や清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行うよう努めていますか	利用者の食事その他の家事等は、利用者と介護従業者が共同で行うよう努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11 緊急時等の対応	・緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師又は協力医療機関に連絡していますか	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又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第100条 予防基準第57条	・サービス提供記録 ・緊急時対応マニュアル
	・緊急時対応マニュアル等が整備されていますか	利用者に病状の急変が生じた場合の対処方法や、連絡手段等の緊急時対応を記載した緊急時対応マニュアルを整備している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12 運営規程	・運営における以下の重要事項について定めていますか 1. 事業の目的及び運営の方針 2. 従業者の職種、員数及び職務内容 3. 利用定員 4. サービスの内容及び利用料その他の費用の額 5. 入居に当たっての留意事項 6. 非常災害対策 7. 虐待防止のための措置に関する事項 8. その他運営に関する重要事項	ユニットごとに、左記8項目の事業の運営についての重要事項に関する規程を定めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第123条 予防基準第81条	・運営規程

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
13	勤務体制の確保等	・ 共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務担当者等を明確にしていますか	利用者に對し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第124条 予防基準第82条	・ 雇用の形態（常勤・非常勤）がわかる文書 ・ 勤務実績表/タイムカード ・ 勤務体制一覧表 ・ 研修受講修了証明書 ・ 研修計画、実施記録 ・ ハラスメント対応方針、相談記録
	・ 利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従事者を固定する等の継続性を重視していますか	従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 資質向上のために研修の機会を確保していますか	従業者の資質の向上のために、研修の機会を確保している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じていますか（令和6年3月31日まで努力義務）	研修への参加の機会を計画的に確保している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 性的言動、優越的な関係を背景とした言動により就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じていますか	事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14	定員の遵守	・ 入居定員及び居室の定員を上回っていませんか	入居定員及び居室の定員を超えて入居させていない（ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準125条 予防基準83条	・ 業務日誌 ・ 国保連への請求書控え
15	非常災害対策	・ 非常災害（火災、風水害、地震等）対応に係るマニュアルがありますか	非常災害に関する具体的計画を立てている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第103条 予防基準第60条	・ 非常災害時対応マニュアル（対応計画） ・ 運営規程 ・ 消防設備点検結果 ・ 通報、連絡体制 ・ 防火管理責任者届出記録 ・ 消防計画 ・ 避難訓練等の実施記録
			消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・ 非常災害時の連絡網等は用意されていますか	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している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 防火管理に関する責任者を定めていますか	防火管理責任者を定め、消防に届け出ている（法令で防火管理責任者の設置が義務付けられている施設に限る）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 避難・救出等の訓練を実施していますか	定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っている（年2回）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・ 運営推進会議を活用し、地域住民との密接な連携体制の確保に努めていますか	避難訓練等に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
16 業務継続計画の策定 【令和6年3月31日まで努力義務】	・感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じていますか	感染症及び非常災害が発生した場合において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第33条の2 予防基準第29条の2	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・研修及び訓練計画 ・実施記録
	・従業員に対する計画の周知、研修及び訓練を実施していますか	介護従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・計画の見直しを行っていますか	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17 衛生管理等 【令和6年3月31日まで努力義務】	・必要に応じて衛生管理について、保健所の助言、指導を求め、密接な連携を保っていますか	水質管理、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で、必要に応じて保健所と連携して対応している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の16 予防基準第32条	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会の議事録 ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針 ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修の記録及び訓練の記録
	・感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を講じていますか ・感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を6か月に1回開催していますか	事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次のア～ウに掲げる措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		ア 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業員に周知徹底を図っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		イ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		ウ 介護従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
18	秘密保持等 ・退職者を含む、従業員が利用者の秘密を保持することを誓約していますか	従業員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第36条 予防基準第34条	<ul style="list-style-type: none"> ・従業員の秘密保持誓約書 ・個人情報同意書 	
		従業員であった者が、正当な理由がなく、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に、必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		・個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ていますか	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の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る	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19	広告 ・広告は虚偽又は誇大になっていませんか	広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第37条 予防基準第35条	・パンフレット/チラシ	
20	苦情処理 ・苦情受付の窓口がありますか	提供したサービス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、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第39条 予防基準第37条	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付簿 ・苦情者への対応記録 ・苦情対応マニュアル 	
		・苦情の受付、内容等を記録、保管していますか	苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録している	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		・苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取組を行っていますか	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、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っている	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
21	地域との連携等 ・運営推進会議をおおむね2月に1回以上開催していますか ・運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けていますか	サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市の職員又は地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の17 予防基準第40条	・運営推進会議の議事録	
		運営推進会議をおおむね2月に1回以上開催し、活動状況を報告し、その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る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		・運営推進会議で挙げた要望や助言が記録されていますか ・運営推進会議の会議録が公表されていますか	報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、これを公表している	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
22	事故発生時の対応	<p>・事故が発生した場合の対応方法は定まっていますか</p> <p>・市町村、家族、居宅介護支援事業者等に報告していますか</p> <p>・事故状況、対応経過が記録されていますか</p>	<p>利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市、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る</p> <p>また、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る（過去に事故が発生していない場合、発生したときに備えて、市、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への連絡や、必要な措置、事故の状況・処置について記録をする体制を整えている）</p> <p>→事件事例の有無： 有 ・ 無</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>基準第41条</p> <p>予防基準第38条</p>	<p>・事故対応マニュアル</p> <p>・市町村、家族、居宅介護支援事業者等への報告記録</p> <p>・再発防止策の検討の記録</p>
	・損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行うための対策を講じていますか	<p>利用者に対するサービスの提供により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る（賠償すべき事故が発生したことがない場合、損害賠償を速やかに行える体制を整えている）</p> <p>→損害賠償保険への加入： 有 ・ 無</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・損害賠償保険証書	
	・再発防止のための取組を行っていますか	<p>事故が生じた際には原因を解明し、再発を防止するための対策を講じている（過去に事故が生じていない場合、事故に備えて対策を講じている）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・ヒヤリハットの記録	
23	虐待の防止	<p>虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、従業員に周知していますか</p>	<p>虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、介護従業員に周知徹底を図っている</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>基準第41条</p> <p>の2</p> <p>予防基準第38条の2</p>	・委員会の議事録
	【令和6年3月31日まで努力義務】	<p>・虐待の発生・再発防止の指針を整備していますか</p>	<p>虐待の防止のための指針を整備している</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・虐待の発生・再発防止の指針
		<p>・従業員に対して虐待の発生・再発防止の研修を実施していますか</p>	<p>介護従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行っている</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・研修及び研修計画、実施記録
		<p>・上記の措置を適切に実施するための担当者を設置していますか</p>	<p>上記の措置について適切に実施するための担当者を置いている</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・担当者を設置したことが分かる文書

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
IV-1 介護給付費関係							
24	夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合	介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/>	未整備		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催していない	<input type="checkbox"/>	未実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体拘束等適正化のための指針の整備又は定期的な研修を行っていない	<input type="checkbox"/>	未実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	3つの共同生活住居を有する事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能である構造	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	夜間支援体制加算（Ⅰ）	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）を算定していること	<input type="checkbox"/>	満たす	・職員勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	夜間支援体制加算（Ⅱ）	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）を算定していること	<input type="checkbox"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、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	<input type="checkbox"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
29	認知症行動・心理症状緊急対応加算	次の a～c に該当しない 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、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、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> 医師の判断の記録 利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護支援専門員、受入事業所の職員と連携をし、利用者又は家族との同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、事業所は判断を行った医師名、日付及び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"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	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"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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を行う	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	入院時費用	利用者が病院又は診療所への入院をした場合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、利用者及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居できる体制を確保していること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記について、あらかじめ利用者に説明を行っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
		※該当している場合は ■としてください			適	不適
32 看取り介護加算	看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に指針の内容を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに関する指針 ・医師、看護師との連携が分かる書類 ・看取り加算の加算時期、情報提供に関する同意の記録 ・利用者の家族との連絡等の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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による協議の上、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を見直している	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取りに関する職員研修を行っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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（以下「医師等」という。）等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、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、文書にて同意を得ること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者に対して説明をし、文書にて同意を得ること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合には、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おく	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
32	看取り介護加算	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場合、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すること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		死亡日以前31日以上45日以下	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		死亡日以前4日以上30日以下	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		死亡日	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		退居した日の翌日から死亡の間は算定しない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	初期加算	入居した日から起算して30日以内（30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。）	<input type="checkbox"/>	該当	・利用者に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		過去3月間（ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に、当該事業所に入居したことがない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	医療連携体制加算（Ⅰ）	事業所の職員として又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保していること	<input type="checkbox"/>	該当	・看護師との連携が分かる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		看護師による24時間連絡できる体制を確保していること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、同意を得ていること	<input type="checkbox"/>	該当	・重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
		※該当している場合は ■としてください			適	不適
35 医療連携体制加算（Ⅱ）	事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること（事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師により24時間連絡できる体制を確保していること）	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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者が1名以上 （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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、同意を得ていること	<input type="checkbox"/>	該当	・重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
36	医療連携体制加算（Ⅲ）	事業所の職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上配置している	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員である看護師又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携による24時間連絡できる体制を確保していること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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者が1名以上 （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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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、同意を得ていること	<input type="checkbox"/>	該当	・重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	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	<input type="checkbox"/>	該当	・提供した利用者の介護状況を示す文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の退去時に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うこと	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村（特別区を含む。）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、利用者の介護状況を示す文書を添えて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た場合	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	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、退居者及びその家族等のいずれにも行い、当該相談援助を行った日付及び内容の要点に関する記録を行うこと	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	利用者1人につき1回が限度	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
38	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上	<input type="checkbox"/>	該当	・介護度の分布が分かる書類 ・専門研修の修了が分かる書類 ・認知症ケアに関する研修計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		従業者に対して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開催	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		従業者に対して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開催	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーション事業所、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、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて計画作成担当者が行った生活機能アセスメント	<input type="checkbox"/>	実施	・認知症対応型共同生活介護計画 ・サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
41	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーション事業所、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、利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント	<input type="checkbox"/>	実施	・認知症対応型共同生活介護計画 ・サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月の間	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	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	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	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の助言及び指導に基づき口腔ケアマネジメント計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	・口腔ケアマネジメント計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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指導及び助言を実施	<input type="checkbox"/>	1月に1回以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値等の情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員へ情報提供	<input type="checkbox"/>	利用開始時及び利用中6月ごとに実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/>	非該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
46	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	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	<input type="checkbox"/>	いずれか 該当	<ul style="list-style-type: none"> ・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供体制強化加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	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	<input type="checkbox"/>	いずれか 該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者が100分の30以上	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
49	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員処遇改善計画書 ・介護職員処遇改善計画書 ・賃金台帳 ・実績報告書 ・研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合					
		(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)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する仕組みを設け、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
50	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員処遇改善計画書 ・介護職員処遇改善計画書 ・賃金台帳 ・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
50	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし	・研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7 次の（１）、（２）のいずれにも適合					
		（１）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（２）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり	・賃金台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり	・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7 次の（１）、（２）いずれかに適合					
		（１）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（２）資質の向上の支援に関する計画の策定、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	<input type="checkbox"/>	あり	・研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
		※該当している場合は ■としてください			適	不適
52 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施	<input type="checkbox"/>	該当	・介護職員等特定処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上					
	(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている					
	(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)					
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない					
	2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員等特定処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり	・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
IV-2 介護給付費関係（介護予防）							
55	夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合	介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/>	未整備		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催していない	<input type="checkbox"/>	未実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体拘束等適正化のための指針の整備又は定期的な研修を行っていない	<input type="checkbox"/>	未実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	3ユニットで夜勤を行う職員 の員数を2人以上とする場合	3つの共同生活住居を有する事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能である構造	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	夜間支援体制加算（Ⅰ）	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）を算定していること。	<input type="checkbox"/>	満たす	・職員勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	夜間支援体制加算（Ⅱ）	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）を算定していること。	<input type="checkbox"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、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。	<input type="checkbox"/>	満たす		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
60	認知症行動・心理症状緊急対応加算	次の a～c に該当しない 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、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、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> 医師の判断の記録 利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護支援専門員、受入事業所の職員と連携をし、利用者又は家族との同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、事業所は判断を行った医師名、日付及び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"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	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定めている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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を行う	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	入院時費用	利用者が病院又は診療所への入院をした場合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、利用者及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居できる体制を確保していること	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記について、あらかじめ利用者に説明を行っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
63	初期加算	入居した日から起算して30日以内（30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。）	<input type="checkbox"/>	該当	・利用者に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		過去3月間（ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に、当該事業所に入居したことがない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	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	<input type="checkbox"/>	該当	・提供した利用者の介護状況を示す文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の退去時に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う	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村（特別区を含む。）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、利用者の介護状況を示す文書を添えて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た場合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、退居者及びその家族等のいずれにも行い、当該相談援助を行った日付及び内容の要点に関する記録を行うこと	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者1人につき1回が限度	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上	<input type="checkbox"/>	該当	・介護度の分布が分かる書類 ・専門研修の修了が分かる書類 ・認知症ケアに関する研修計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		従業者に対して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開催	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
66	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	従業者に対して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	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を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	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
67	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	介護予防訪問リハビリテーション事業所、介護予防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、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて計画作成担当者が行った生活機能アセスメント	<input type="checkbox"/>	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護計画 ・サービス提供記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
68	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	介護予防訪問リハビリテーション事業所、介護予防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、利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月の間	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
69	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	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	実施		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	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の助言及び指導に基づき口腔ケアマネジメント計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	・口腔ケアマネジメント計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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指導及び助言を実施	<input type="checkbox"/>	1月に1回以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員へ情報提供	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/>	非該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	科学的介護推進体制加算	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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	サービス提供体制強化加算（I）	次の（1）又は（2）のいずれかに該当			・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書		
		（1）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	<input type="checkbox"/>	いずれか 該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（2）介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
			※該当している場合は ■としてください			適	不適	
74	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	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	<input type="checkbox"/>	該当	・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	次の(1)、(2)、(3)のいずれかに該当						
		(1) 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	<input type="checkbox"/>	いずれか 該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(2) 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	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
76	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり		・介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり	・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果			
		※該当している場合は ■としてください			適	不適		
76	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	7 次の（一）、（二）、（三）のいずれにも適合						
		(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	・ 研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(三) 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する仕組みを設け、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		・ キャリアパス要件を確認できる書類（任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる書類、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
77	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置		<input type="checkbox"/>	あり	・ 介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出		<input type="checkbox"/>	あり	・ 介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 賃金改善の実施		<input type="checkbox"/>	あり	・ 実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 処遇改善に関する実績の報告		<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑		<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 労働保険料の納付		<input type="checkbox"/>	適正に納付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7 次の（一）、（二）のいずれにも適合						
		(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	・ 研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
		※該当している場合は ■としてください			適	不適
78 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	・ 介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり		・ 介護職員処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり	・ 実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付	・ 研修計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 次の(一)、(二)のいずれかに適合					
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、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	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果			
		※該当している場合は ■としてください			適	不適		
79	介護職員等特定処遇改善加算 (I)	1 賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員等特定処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		3 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員等特定処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		4 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		5 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり		・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 サービス提供体制強化加算(I)又は(II)の届出	<input type="checkbox"/>	あり			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 介護職員処遇改善加算(I)から(III)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		※該当している場合は ■としてください			適	不適	
80	介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	1 賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員等特定処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	・介護職員等特定処遇改善計画書 ・実績報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			※該当している場合は ■としてください			適	不適
81	介護職員等ベースアップ等支援加算	1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり	・ベースアップ等支援加算処遇改善計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 処遇改善加算要件 介護職処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

加算等一覧

(介護予防)認知症対応型共同生活介護	算定した加算等の名称

※運営指導実施月の前々月から過去1年間で算定した加算・減算の名称(サービスコード表の「サービス内容略称」)を記載してください。

従業者の勤務実績表

事業所名						
サービスの種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護, 共用型の(介護予防)認知症対応型通所介護					
当該事業所における常勤の従業員が1週あたりに勤務すべき時間数	時間					
介護従業員の夜勤における勤務開始時間及び終了時間	当日	時	分から	明朝	時	分まで
利用者の生活時間帯	朝	時	分から	夕	時	分まで
サービス提供時間帯(共用型の(介護予防)認知症対応型通所介護の場合のみ記入)	～		(時間)			

※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(年 月分) (ユニット目)

職種 (全職員について記載すること)	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計 (A)	週平均の勤務時間 (B)	常勤換算後の人数 (C)	備考 (職種に必要な資格や兼務状況を明記すること)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
		曜日																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
		日勤																																		
		夜勤																																		
介護従業員における利用者の生活時間帯の勤務時間の計			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0					

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2: 4週間の勤務時間数(時間外勤務は含めない)を記入すること。介護従業員は「日勤」「夜勤」の区分のある行に記入すること。公休の場合は「×」、有休の場合は「有」、研修の場合は「研」など適宜記入すること。

注3: 職種ごとに分けて記載し、職員が複数の職種を兼務している場合は、それぞれの職種ごとに勤務時間を割り振ること。

注4: ユニットごとに作成すること。

注5: 職種に必要な資格や兼務状況を「備考」欄に記入すること。

介護従業者の夜勤における勤務開始時間及び終了時間	当日	時	分	から	明朝	時	分	まで
利用者の生活時間	朝	時	分	から	夕	時	分	まで

- (A)合計月間勤務時間 介護従業者の日勤帯等における合計勤務時間を記入すること。
 管理者や計画作成担当者が介護従業者と兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、管理者や計画作成担当者としての勤務時間を除くこと。
- (B)合計週間勤務時間 合計月間勤務時間÷4
- (C)常勤換算後の人数 合計週間勤務時間÷常勤職員の1週の勤務すべき時間数
- ※ 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

介護従業者	A	新潟 太郎	日勤	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	128.0			
			夜勤				3.0	5.0						3.0	5.0						3.0	5.0						3.0	5.0						

例：1週あたりの勤務時間は40時間，夜勤の勤務時間帯は17時～10時，利用者の生活時間帯を6時～21時とした場合

夜勤者の勤務時間→

勤務時間帯	生活時間	夜間及び深夜の時間帯		生活時間
	17時～21時	21時～24時	24時～6時	6時～10時
勤務時間	4時間	3時間	5時間(休憩1時間)	4時間

従業者の勤務実績表

事業所名	グループホーム〇〇〇
サービスの種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護, 共用型の(介護予防)認知症対応型通所介護
当該事業所における常勤の従業者が1週当たり勤務すべき時間数	40 時間
介護従業者の夜勤における勤務開始時間及び終了時間	当日 16 時 00 分から 明朝 10 時 00 分まで
利用者の生活時間帯	朝 6 時 00 分から 夕 21 時 00 分まで
サービス提供時間帯(共用型の(介護予防)認知症対応型通所介護の場合のみ記入)	～ (時間)

※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(令和 5 年 1 月分) (1 ユニット目)

職種 (全職員について記載すること)	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計 (A)	週平均の勤務時間 (B)	常勤換算後の人数 (C)	備考 (職種に必要な資格や兼務状況を明記すること)				
			曜日							曜日							曜日							曜日														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28								
管理者	B	新潟 太郎	8.0	4.0	8.0	×	8.0	×	4.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	×	4.0	8.0	4.0	4.0	×	8.0	×	4.0	8.0	8.0	4.0	×	8.0	×	4.0	128.00	32.00	0.8	介護従業者兼務				
計画作成担当者	B	新潟 花子	8.0	4.0	×	8.0	×	4.0	8.0	8.0	0.0	×	8.0	×	4.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	×	4.0	8.0	8.0	4.0	×	8.0	×	4.0	8.0	128.00	32.00	0.8	介護支援専門員、介護従業者兼務				
介護従業者	B	新潟 太郎	日勤	0.0	4.0	0.0	×	0.0	×	4.0	0.0	0.0	0.0	×	0.0	×	4.0	0.0	4.0	4.0	×	0.0	×	4.0	0.0	0.0	4.0	×	0.0	×	4.0	32.00	8.00	0.2	管理者兼務			
介護従業者	B	新潟 花子	日勤	0.0	4.0	×	0.0	×	4.0	0.0	0.0	8.0	×	0.0	×	4.0	0.0	0.0	0.0	×	0.0	×	4.0	0.0	0.0	4.0	×	0.0	×	4.0	0.0	32.00	8.00	0.2	計画作成担当者兼務			
介護従業者	A	〇〇 〇〇	日勤	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	8.0	8.0	8.0	5.0	4.0	×	8.0	125.00	31.25	0.78	介護福祉士			
介護従業者	A	〇〇 〇〇	夜勤	3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0						3.0	4.0						3.0	4.0	35.00	8.75	0.21				
介護従業者	A	〇〇 〇〇	日勤	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	125.00	31.25	0.78	介護福祉士			
介護従業者	A	〇〇 〇〇	夜勤			3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0	35.00	8.75	0.21				
介護従業者	A	〇〇 〇〇	日勤	8.0	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	129.00	32.25	0.8	介護福祉士		
介護従業者	A	〇〇 〇〇	夜勤				3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0	31.00	7.75	0.19			
介護従業者	A	〇〇 〇〇	日勤	×	8.0	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	132.00	33.00	0.82		
介護従業者	A	〇〇 〇〇	夜勤					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					28.00	7.00	0.17				
介護従業者	A	〇〇 〇〇	日勤	×	×	8.0	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	×	×	8.0	8.0	5.0	4.0	132.00	33.00	0.82	
介護従業者	A	〇〇 〇〇	夜勤					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					3.0	4.0					28.00	7.00	0.17				
介護従業者	C	〇〇 〇〇	日勤	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	6.0	×	6.0	6.0	6.0	×	120.00	30.00	0.75					
介護従業者	C	〇〇 〇〇	夜勤																													0.00	0.00	0				
介護従業者における利用者の生活時間帯の勤務時間の計			35.0	41.0	33.0	31.0	31.0	35.0	35.0	31.0	33.0	31.0	39.0	31.0	35.0	37.0	33.0	35.0	35.0	31.0	31.0	35.0	35.0	33.0	35.0	37.0	31.0	31.0	35.0	37.0	952.0	238.00	5.95					

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2: 4週間の勤務時間数(時間外勤務は含めない)を記入すること。介護従業者は「日勤」「夜勤」の区分のある行に記入すること。公休の場合は「×」、有休の場合は「有」、研修の場合は「研」など適宜記入すること。

注3: 職種ごとに分けて記載し、職員が複数の職種を兼務している場合は、それぞれの職種ごとに勤務時間を割り振ること。

注4: ユニットごとに作成すること。

注5: 職種に必要な資格や兼務状況を「備考」欄に記入すること。

介護従業者の夜勤における勤務開始時間及び終了時間	当日 16時00分 から 明朝 10時00分 まで
利用者の生活時間	朝 6時00分 から 夕 21時00分 まで

- (A)合計月間勤務時間 介護従業者の日勤帯等における合計勤務時間を記入すること。
 管理者や計画作成担当者が介護従業者と兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、管理者や計画作成担当者としての勤務時間を除くこと。
- (B)合計週間勤務時間 合計月間勤務時間÷4
- (C)常勤換算後の人数 合計週間勤務時間÷常勤職員の1週の勤務すべき時間数
- ※ 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

介護従業者	A	新潟 太郎	日勤	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	8.0	8.0	8.0	4.0	4.0	×	×	128.0				
			夜勤				3.0	5.0																												

例：1週あたりの勤務時間は40時間、夜勤の勤務時間帯は17時～10時、利用者の生活時間帯を6時～21時とした場合

夜勤者の勤務時間→

勤務時間帯	生活時間	夜間及び深夜の時間帯		生活時間
	17時～21時	21時～24時	24時～6時	6時～10時
勤務時間	4時間	3時間	5時間(休憩1時間)	4時間