

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「IV 介護給付費関係」までは、別に定める場合を除き、介護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、認知症対応型共同生活介護を介護予防認知症対応型共同生活介護に、認知症対応型共同生活介護計画を介護予防認知症対応型共同生活介護計画に、それぞれ読み替えてください。「IV 介護給付費関係」の項目には、介護予防サービスでは該当しないものも含まれます。
 ○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」「確認文書等」の欄については、厚生労働省老健局長通知「介護保険施設等運営指導マニュアルについて」（令和6年7月4日老発0704第67号）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	<p>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つて、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</p> <p>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）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第111条 予防基準第72条	<ul style="list-style-type: none"> 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
			<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			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・研修を修了したことがわかるもの ・介護支援専門員証
		計画作成担当者は、次のいずれかの研修を修了している	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>			
2	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	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の勤務実績表/タイムカード
		・他の職務を兼務している場合、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 <ul style="list-style-type: none"> ・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（ ） ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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"/>	<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			
II 設備基準		点検結果を入力してください ↓					
3	設備	・指定申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致していますか	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
		・使用目的に沿って使われていますか	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 ↓					
4	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説明を行い、同意を得ていますか	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、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を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
		・重要事項説明書の内容に不備等はありませんか					
			※重要事項説明書に記載されているものについて、チェックしてください。				
				項目	記入欄		
				運営規程の概要	<input type="checkbox"/>		
				介護従業者の勤務体制	<input type="checkbox"/>		
		事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>				
		苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>				
		提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）	<input type="checkbox"/>				
5	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

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	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	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、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"/>		
7	サービスの提供の記録	・提供した具体的なサービスの内容等（サービスの提供日、提供したサービスの内容、利用者の状況、その他必要な事項）を記録しているか	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	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・業務日誌 ・モニタリングシート
			サービスを提供した際は、その提供日、提供した具体的なサービスの内容等の必要な事項をサービス利用票等に記録している また、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供している	<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 利用料等の受領	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>		
		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"/>		

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 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしていますか ・身体的拘束等を行う場合、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回以上開催していますか ・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 	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	<ul style="list-style-type: none"> ・（身体拘束がある場合）身体的拘束等の記録 ・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 	
		身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		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"/>			
		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"/>			
		※指針に記載されている項目について、チェックしてください					
		項目		記入欄			
		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		<input type="checkbox"/>			
		身体的拘束等適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項		<input type="checkbox"/>			
		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		<input type="checkbox"/>			
		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		<input type="checkbox"/>			
		身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針		<input type="checkbox"/>			
		利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針		<input type="checkbox"/>			
		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"/>			
<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に開催しているか 	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）を開催するとともに新規採用時にも実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 	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"/>				
	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		
10 認知症対応型共同生活介護計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえていますか ・介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を定めていますか ・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の実施状況の把握を行っていますか ・必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行っていますか 	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	<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) ・アセスメントシート ・モニタリングシート
		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"/>		
		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"/>		
		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"/>		
11 介護等	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供は事業所の従業者によって行われていますか ・利用者の食事その他の家事等(清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等)は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めていますか 	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 基準第90条	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>		
		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"/>		
12 緊急時等の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急事等において、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 基準第57条	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録

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	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ・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. 指定認知症対応型共同生活介護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 	<p>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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第123条 予防基準第81条	・運営規程
14	勤務体制の確保等	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対し、適切なサービスが提供できるよう、従業者の勤務体制を定めていますか 	利用者に対し、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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
		<ul style="list-style-type: none"> ・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提供に配慮していますか 	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、担当の介護従事者を固定する等の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"/>		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	医療・福祉関係資格を有さない全ての介護従業者に対し、認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じている（採用後1年間は猶予期間）	<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			
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	職場におけるハラスメントの防止のため、必要な措置を講じていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		※実施しているものについて、チェックしてください					
		項目	記入欄				
		セクシュアルハラスメントの内容及びセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発	<input type="checkbox"/>				
		パワーハラスメントの内容及びパワーハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発	<input type="checkbox"/>				
		・ハラスメントに関する相談等への対応のための窓口の設置、従業者への周知	<input type="checkbox"/>				
		上記方針等について、何に規定しているか記入してください（例：就業規則、社内報等）					
15	定員の遵守	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 業務日誌 国保連への請求書控え

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 非常災害対策	・非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的計画はありますか	地域の環境や利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の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	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時対応マニュアル（対応計画） ・運営規程 ・通報、連絡体制 ・消防計画 ・避難訓練等の実施記録
	・非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されていますか	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員に周知している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・避難・救出等の訓練を定期的に行っていますか	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"/>		
		（新潟市地域防災計画に定められた洪水等の浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設に該当する場合）水害や土砂災害に対応した避難確保計画を作成し、訓練を実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・訓練の実施に当たって、運営推進会議を活用し、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか	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			
17 業務継続計画の策定	・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 	
		※貴事業所の業務継続計画に記載されている項目について、チェックしてください					
		○感染症に係る業務継続計画					
		項目		記入欄			
		平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）		<input type="checkbox"/>			
		初動対応		<input type="checkbox"/>			
		感染症拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）		<input type="checkbox"/>			
		○災害に係る業務継続計画					
		項目		記入欄			
		平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気等のライフラインが停止した際の対策、必需品の備蓄等）		<input type="checkbox"/>			
	緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）		<input type="checkbox"/>				
	他施設及び地域との連携		<input type="checkbox"/>				
	・従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的実施していますか	介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修（年2回以上＋新規採用時）、及び訓練（年2回以上）を定期的実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っていますか	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"/>			

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 衛生管理等	○感染症が発生し又はまん延しないよう次の措置を講じていますか ・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開催（おおむね6月に1回以上）、その結果の周知 ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備 ・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期実施	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"/>	基準第60条の16 予防基準第32条	・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の防止のための研修の記録及び訓練の記録
		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、介護従業者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"/>		
		※指針に記載されている項目について、チェックしてください				
		○平常時の対策				
			項目	記入欄		
			事業所内の衛生管理（環境の整備等）	<input type="checkbox"/>		
			ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）	<input type="checkbox"/>		
		○発生時の対応				
			項目	記入欄		
			発生状況の把握	<input type="checkbox"/>		
			感染拡大の防止	<input type="checkbox"/>		
			医療機関や保健所、市町村における事業所関係か等の関係機関との連携	<input type="checkbox"/>		
	行政等への報告等	<input type="checkbox"/>				
	ウ 介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修（年2回以上＋新規採用時）及び訓練（年2回以上）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		
19 秘密保持等	・退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約していますか	従業者は、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	・従業者の秘密保持誓約書 ・個人情報同意書
		従業者であった者が、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"/>		
20 広告	・広告は虚偽又は誇大となっていないか	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
21 苦情処理	・苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じていますか	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	・苦情の受付簿 ・苦情者への対応記録 ・苦情対応マニュアル
	・苦情の受け付けた場合、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、苦情の受付日、当該苦情の内容等を記録している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22 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	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
	・運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けていますか		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"/>		
	・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		
23 事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡していますか ・事故状況、事故に際して採った処置が記録されていますか 	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 →事故事例の有無： 有 ・ 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第41条 予防基準第38条	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、利用者家族、居宅介護支援事業所等への連絡状況がわかるもの ・事故に際して採った処置の記録
		事故の状況及び事故に際して採った処置について記録・保存している （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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<ul style="list-style-type: none"> ・損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っていますか 	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） →損害賠償保険への加入： 有 ・ 無	<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																							
24	虐待の防止	○虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じていますか	<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、介護従業者に周知徹底を図っている</p> <p>虐待の防止のための指針を整備している</p> <p>※指針に記載されている項目について、チェックしてください</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>虐待の防止に関する基本的考え方</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>成年後見制度の利用支援に関する事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他虐待の防止の推進のために必要な事項</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	項目	記入欄	虐待の防止に関する基本的考え方	<input type="checkbox"/>	虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>	虐待の防止のための職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本事項	<input type="checkbox"/>	虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項	<input type="checkbox"/>	成年後見制度の利用支援に関する事項	<input type="checkbox"/>	虐待等に係る苦情解決方法に関する事項	<input type="checkbox"/>	利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項	<input type="checkbox"/>	その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第41条の2 予防基準第38条の2	<ul style="list-style-type: none"> 委員会の議事録 虐待の発生・再発防止の指針 研修及び研修計画、実施記録 担当者を設置したことが分かる文書
		項目		記入欄																							
		虐待の防止に関する基本的考え方		<input type="checkbox"/>																							
		虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項		<input type="checkbox"/>																							
		虐待の防止のための職員研修に関する基本方針		<input type="checkbox"/>																							
		虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本事項		<input type="checkbox"/>																							
		虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項		<input type="checkbox"/>																							
		成年後見制度の利用支援に関する事項		<input type="checkbox"/>																							
		虐待等に係る苦情解決方法に関する事項		<input type="checkbox"/>																							
		利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項		<input type="checkbox"/>																							
		その他虐待の防止の推進のために必要な事項		<input type="checkbox"/>																							
		・虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の介護従業者への周知		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
		・虐待の防止のための指針の整備		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
・虐待の防止のための研修の定期実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
○上記の措置を適切に実施するための担当者を置いていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
25	介護現場の生産性の向上 【令和9年3月31日まで努力義務】	・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を定期的に開催していますか	<p>介護現場における生産性の向上の資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、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を設置している</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第107条の2準用、64条の2準用	<ul style="list-style-type: none"> 議事録 																				

点検項目	確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		適	不適	
IV 介護給付費関係							
26	定員超過減算	利用者の定員を超過している	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	人員基準減算	職員の人員基準を満たしていない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	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以上いない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	短期利用認知症対応型共同生活介護費	事業者が、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もしくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設もしくは指定介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有している	<input type="checkbox"/>	該当	・勤務表 ・勤務実績表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該利用者を事業所の共同生活住居の利用者とみなして、利用期間を通じて人員基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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の修了者を確保している	<input type="checkbox"/>	該当	・研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		あらかじめ30日以内の利用期間を定め、空いている居室を利用し、共同生活住居ごとに1人まで	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の状況や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に利用する必要があると認め、サービス提供に支障がない場合、7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度とし、共同生活住居ごとに定員を超えて1人まで利用（十分な広さの個室又は床面積が7.43㎡以上/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備している部屋がある）	<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	
			<small>※該当している場合は■と してください</small>			適	不適
30	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"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・同意書 ・介護記録 ・委員会の議事録 ・指針 ・研修計画書 ・研修記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体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回以上開催していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体拘束等の適正化のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/>	該当			
		身体拘束等適正化のための定期的な研修を行っていない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・議事録等 ・指針 ・研修計画書 ・研修記録 ・指針等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		高齢者虐待防止のための指針が未整備	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を定期的実施していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	業務継続計画未策定減算	業務継続計画が未策定	<input type="checkbox"/>	該当	・業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		業務継続計画に従い必要な措置を講じていない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	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	・マニュアル等	<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"/>

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
34 夜間支援体制加算 (I)	定員・人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・勤務実績表 ・見守り機器設置数の計算書 ・委員会の議事録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共同生活住居ごとに、常勤換算方法で1名以上の夜勤職員又は宿直職員を加配	<input type="checkbox"/>	いずれか該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	以下に掲げる基準を満たした上で、共同生活住居ごとに、常勤換算方法で0.9名以上の夜勤職員を加配 a 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者の数の10分の1以上の数を設置 b 「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」を3月に1回以上開催し、必要な検討等が行われている	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全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配置基準を上回っている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 夜間支援体制加算 (II)	定員・人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・勤務実績表 ・見守り機器設置数の計算書 ・委員会の議事録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共同生活住居ごとに、常勤換算方法で1名以上の夜勤職員又は宿直職員を加配	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	以下に掲げる基準を満たした上で、共同生活住居ごとに、常勤換算方法で0.9名以上の夜勤職員を加配 a 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者の数の10分の1以上の数を設置 b 「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」を3月に1回以上開催し、必要な検討等が行われている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全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配置基準を上回っている	<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
36 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"/>
37 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	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活 介護計画等 	<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"/>
	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"/>	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		
			<small>※該当している場合は■と してください</small>			適	不適	
38	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		・同意書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1月に（入院の初日及び最終日を含まない）6日を限度として算定	<input type="checkbox"/>	該当			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	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"/>	

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
39 看取り介護加算	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"/>
	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日の間は算定しない	<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"/>

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
40 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"/>
41 協力医療機関連携加算 （100単位）	医療機関との連携について、「協力医療機関に関する届出書」を提出している	<input type="checkbox"/>	該当	・協力医療機関に関する届出書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	協力医療機関は、利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保している	<input type="checkbox"/>	該当		・協定書等	<input type="checkbox"/>
	協力医療機関は、事業者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	<input type="checkbox"/>	該当	・同意書 ・議事録等		<input type="checkbox"/>
	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概ね月に1回以上開催（電子システムにより協力医療機関が当該事業所の入居者の情報を随時確認できる体制がある場合は定期的に年3回以上開催）	<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"/>
42 協力医療機関連携加算 （40単位）	医療機関との連携について、「協力医療機関に関する届出書」を提出している	<input type="checkbox"/>	該当	・協力医療機関に関する届出書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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概ね月に1回以上開催（電子システムにより協力医療機関が当該事業所の入居者の情報を随時確認できる体制がある場合は定期的に年3回以上開催）	<input type="checkbox"/>	該当		・同意書 ・議事録等	<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"/>

点検項目		確認事項	確認結果		確認書類等	点検結果	
			<small>※該当している場合は■と してください</small>			適	不適
43	医療連携体制加算 (I) イ	事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること	<input type="checkbox"/>	該当	・勤務表 ・勤務実績表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業所の職員である看護師、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	・緊急連絡先を案内する書面 ・対応マニュアル等	<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) ・同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	医療連携体制加算 (I) ロ	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	・勤務表 ・勤務実績表	<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(事業所の看護職員が准看護師のみの場合は、病院若しくは訪問看護ステーション等の看護師により24時間連絡体制を確保)していること	<input type="checkbox"/>	該当	・緊急連絡先を案内する書面 ・対応マニュアル等	<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) ・同意書	<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
45	医療連携体制加算 (I)ハ	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	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表・勤務実績表 ・緊急連絡先を案内する書面 ・対応マニュアル等 ・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) ・同意書等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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"/>
		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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	医療連携体制加算 (II)	医療連携体制加算(I)イ、ロ、ハのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が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 (一〇) 留置カテーテルを使用している状態 (一一) インスリン注射を実施している状態	<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
47 退居時情報提供加算	利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、医療機関に対して、利用者の同意を得て、利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、利用者の照会を行っている	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・退居時情報提供書、同意書等 ・退居時情報提供書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、退居時情報提供書に必要事項を記載の上、当該医療機関に交付し、交付した文書の写しを介護記録等に添付している	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者一人につき1回が限度	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 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去	<input type="checkbox"/>	該当	<ul style="list-style-type: none"> ・提供した利用者の介護状況を示す文書 ・介護記録等 ・情報提供書 ・介護記録等 	<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"/>
49 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>
	※「認知症介護に係る専門的な研修」についてはコメント欄を参照					
	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"/>
	対象者に、認知症チームケア推進加算を算定していない	<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
50 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>
	※「認知症介護に係る専門的な研修」についてはコメント欄を参照					
	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"/>
	※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」については、コメント欄を参照					
	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"/>
対象者に、認知症チームケア推進加算を算定していない	<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
51 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	利用者総数のうち、日常生活自立度Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	左記割合に係る計算書等 ・勤務表 ・勤務実績表 ・研修修了証の写し等 ・認知症チームケア推進加算ワークシート ・介護記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「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認知症介護の指導に係る専門的な研修の修了者」又は「認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修の修了者」を1名以上配置し、かつ、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る	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者に、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者に、認知症専門ケア加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	利用者総数のうち、日常生活自立度Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	・左記割合に係る計算書等 ・勤務表 ・勤務実績表 ・研修修了証の写し等 ・認知症チームケア推進加算ワークシート ・介護記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修の修了者等を1名以上配置し、かつ、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る	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者に、認知症チームケア推進加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者に、認知症専門ケア加算を算定していない	<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
53	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"/>
54	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"/>
55	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	・左記に係る記録	<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"/>
56	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"/>
57	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	・口腔・栄養スクリーニング様式 ・情報提供記録	<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
58	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	・LIFEへの提出情報 ・フィードバック情報等	<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"/>
59	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	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	<input type="checkbox"/>	該当	・研修・訓練の参加記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時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る	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		感染症対策向上加算又は外来感染症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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容については、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとしている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	感染症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、事業所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る	<input type="checkbox"/>	該当	・実地指導の記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容については、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとしている	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	新興感染症等施設療養費	事業所が、利用者が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利用者に対し、適切な感染対策を実施	<input type="checkbox"/>	該当	・介護記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1月に1回、連続する5日を限度として算定	<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	
62	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	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、次の（一）～（四）について3月に1回以上検討、実施確認	<input type="checkbox"/>	該当	・委員会の議事録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（一）介護機器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 ※介護機器について ①見守り機器 ②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器 ③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（三）介護機器の定期的な点検	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		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がある	<input type="checkbox"/>	該当		左記実績が確認できる計算書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 介護機器を複数種類活用 ※上記の介護機器①から③を全て活用	<input type="checkbox"/>	該当		介護機器の使用記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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確認	<input type="checkbox"/>	該当		委員会の議事録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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提出	<input type="checkbox"/>	該当	「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」の別紙1（生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書）、別紙2（生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の算定に関する取組の成果等）	<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	
63	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	（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、次の（一）～（四）について検討、実施確認	<input type="checkbox"/>	該当	・委員会の議事録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（一）業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する機器（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 ※介護機器について 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）と同じ	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（三）介護機器の定期的な点検	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（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	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		（２）介護機器を活用 ※上記の介護機器①から③のうち、１つ以上を使用	<input type="checkbox"/>	該当		介護機器の使用記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（３）事業年度ごとに（２）及び（１）の取組に関する実績を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	該当		生産性向上推進体制加算（Ⅰ）と同じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	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	・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"/>	
65	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"/>	
		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
66	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	・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"/>
		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（Ⅱ）を算定していな い	<input type="checkbox"/>	該当		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	介護職員等処遇改善加 算（Ⅰ）	1 介護職員等処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃 金改善を実施する	<input type="checkbox"/>	している	・処遇改善計画書（市に 提出した届出書の控え 等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 1の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及 び実施方法その他を記載した処遇改善計画書を作成し、市に 届け出ている。	<input type="checkbox"/>	している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 次に掲げる基準のいずれにも適合する	<input type="checkbox"/>	適合 している	・実績報告書 ・支払い実績明細書（職 員ごとの支払い状況がわ かる資料）（市に提出し た届出書の控え等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（1）【月額賃金改善要件Ⅰ】 加算Ⅳの加算額の2分の1以上に相当する額以上を、基本 給又は毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の 改善に充てている。	<input type="checkbox"/>	している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		（2）【月額賃金改善要件Ⅱ】 令和6年5月31日時点で、旧処遇改善加算を算定し、か つ、旧ベースアップ等加算を算定していない事業所が、令和 8年3月31日までに新規に加算ⅠからⅣまでのいずれかを算 定する場合は、仮に旧ベースアップ等加算を算定する場合に 見込まれる加算額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施 している。 ※旧ベースアップ等加算未算定の場合のみ適用	<input type="checkbox"/>	している		<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
67	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	<p>（３）【キャリアパス要件Ⅰ】（任用要件・賃金体系の整備等） 次に掲げる要件の全てに適合する。 ア 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等の要件を定めている。 イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている、 ウ ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。</p>	<input type="checkbox"/>	している	<ul style="list-style-type: none"> ・就業規則 ・給与規定等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>（４）【キャリアパス要件Ⅱ】（研修の実施等） 次に掲げる要件の全てに適合する。 ア 介護職員の資質向上又は資格取得のため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。 イ アについて、全ての介護職員に周知している。</p>	<input type="checkbox"/>	している		<ul style="list-style-type: none"> ・研修計画書 	<input type="checkbox"/>
		<p>（５）【キャリアパス要件Ⅲ】（昇給の仕組みの整備等） 次に掲げる要件のすべてに適合する。 ア 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。 イ アの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。</p>	<input type="checkbox"/>	している	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<p>（６）【キャリアパス要件Ⅳ】（改善後の年額賃金要件） 「経験・技能のある介護職員」のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上である（加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上の者を除く。）。</p>	<input type="checkbox"/>	している	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<p>（７）【キャリアパス要件Ⅴ】（介護福祉士等の配置要件） サービス類型ごとに、サービス提供体制強化加算、特定事業所加算、入居継続支援加算又は日常生活継続支援加算の各区分の届出を行っている。 ※小規模多機能型居宅介護の場合…サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ている。</p>	<input type="checkbox"/>	している	<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
67 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	<p>（８）【職場環境等要件】 給与以外の処遇改善（職場環境等要件）を以下の通り実施しているか。</p> <p>《加算（Ⅰ）・（Ⅱ）》 下記（一）～（六）の区分ごとにそれぞれ２つ以上取り組む。（「生産性向上のための取組」は３つ以上、うち⑰又は⑱は必須） 《加算（Ⅲ）・（Ⅳ）》 下記（一）～（六）の区分ごとにそれぞれ１つ以上取り組む。（「生産性向上のための取組」は２つ以上）</p> <p><区分> （一）入職促進に向けた取組（①～④） （二）資質の向上やキャリアアップに向けた支援（⑤～⑧） （三）両立支援・多様な働き方の推進（⑨～⑫） （四）腰痛を含む心身の健康管理（⑬～⑯） （五）生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組（⑰～⑳） （六）やりがい・働きがいの醸成（㉕～㉘）</p> <p>※区分ごとの内容詳細は、厚生労働省老健局長通知「介護職員等処遇改善加算等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手続きについて」（令和６年３月１５日付老発０３１５第２号）別紙１表５－１を参照のこと</p>	<input type="checkbox"/>	している	・実施した取組みの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 事業年度ごとに介護職員等処遇改善実績報告書を作成し、市に提出している。	<input type="checkbox"/>	している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知する。	<input type="checkbox"/>	している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 労働基準法等を遵守する。	<input type="checkbox"/>	している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）の１から２、４から６に加え、３（１）から（６）及び（８）の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	加算（Ⅰ）の１から２、４から６に加え、３（１）から（５）及び（８）の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	加算（Ⅰ）の１から２、４から６に加え、３（１）から（４）及び（８）の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

加算・減算一覧

認知症対応型共同生活介護	算定した加算・減算の名称

※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。

従業員の勤務実績表

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週当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																																	
																																0.00	0.00		
																																0.00	0.00		
																																0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
			日勤																													0.00	0.00		
			夜勤																													0.00	0.00		
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					

- 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 7 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	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	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					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								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	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