

## 605・703【介護事業者等指導・監査資料】

## 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

|           |          |
|-----------|----------|
| 名 称       |          |
| 市 町 村 名   |          |
| 事 業 者 番 号 |          |
| 実 施 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 記 入 者     | 職氏名      |

|         |     |
|---------|-----|
| 検 査 吏 員 | 職氏名 |
|         | 職氏名 |
|         | 職氏名 |
|         | 職氏名 |

# 1 確認書類

| 確認する書類一覧    |                                               |       |
|-------------|-----------------------------------------------|-------|
| 人員に関する確認書類等 |                                               |       |
| 1           | 出勤簿（タイムカード）                                   | 有 ・ 無 |
| 2           | 職員勤務表（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等が明確になっていること） | 有 ・ 無 |
| 3           | 職員履歴書、資格証明書、各免許証（医師免許証等）                      | 有 ・ 無 |
| 4           | 労働条件通知書、雇用契約書、辞令等                             | 有 ・ 無 |
| 5           | 就業規則、賃金台帳等                                    | 有 ・ 無 |
| 6           | 事業開始申請・届出等の記録（県・市への届出書類の控え）                   | 有 ・ 無 |
| 運営に関する確認書類  |                                               |       |
| 7           | 運営規程                                          | 有 ・ 無 |
| 8           | 重要事項説明書                                       | 有 ・ 無 |
| 9           | サービス利用契約書                                     | 有 ・ 無 |
| 10          | サービス提供に係る実施記録、業務日誌、利用者のケースの記録等                | 有 ・ 無 |
| 11          | サービスごとの計画書（例：訪問介護計画、通所介護計画）                   | 有 ・ 無 |
| 12          | サービス提供時携行する身分証明書                              | 有 ・ 無 |
| 13          | 苦情に関する記録                                      | 有 ・ 無 |
| 14          | サービスの第三者評価を実施した記録                             | 有 ・ 無 |
| 15          | 研修等参加状況のわかる書類                                 | 有 ・ 無 |
| 16          | 個人情報を用いる場合の利用者の同意書                            | 有 ・ 無 |
| 17          | 広告をした場合のパンフレット、ポスター等                          | 有 ・ 無 |
| 18          | 事故記録、ヒヤリハットの記録                                | 有 ・ 無 |
| 19          | 市町村への通知にかかる記録                                 | 有 ・ 無 |
| 20          | 車両運行日誌                                        | 有 ・ 無 |
| 21          | 消防計画、避難訓練の記録                                  | 有 ・ 無 |
| 22          | 衛生マニュアル、消毒マニュアル等                              | 有 ・ 無 |
| 23          | 身体拘束に関する記録                                    | 有 ・ 無 |
| 24          | 感染対策委員会の設置・運営等がわかる書類                          | 有 ・ 無 |
| 25          | 感染症対策のための指針                                   | 有 ・ 無 |
| 26          | 虐待防止委員会の設置・運営等がわかる書類                          | 有 ・ 無 |
| 27          | 虐待防止のための指針                                    | 有 ・ 無 |
| 28          | 業務継続計画                                        | 有 ・ 無 |

| 確認する書類一覧      |                                  |       |
|---------------|----------------------------------|-------|
| 介護給付費に関する確認書類 |                                  |       |
| 29            | 介護給付費請求書及び介護給付費明細書               | 有 ・ 無 |
| 30            | 利用料等領収書（請求書）の控え                  | 有 ・ 無 |
| 31            | サービス提供表、別表                       | 有 ・ 無 |
| 32            | 居宅（介護予防）サービス計画・施設サービス計画          | 有 ・ 無 |
| 33            | サービス提供証明書（償還払いの場合）               | 有 ・ 無 |
| 34            | 介護報酬の加算、減算状況が分かる書類（県・市への届出書類の控え） | 有 ・ 無 |

※ 当日すぐ確認できるように会場に用意しておいてください。

※ 算定している加算によっては、当日追加で根拠書類をお願いする場合があります。

例：個別機能訓練加算の場合、個別機能訓練計画書等

| 運 営 状 況                                                                                                                     |                          |                                |      | 摘 要                                                                                                            |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1 人員に関する基準 令和 年 月 1 日現在) ※ 直近月の1日現在で記入                                                                                     |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 1 利用者数及び必要な介護従業者数                                                                                                           |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| <div>前年度の<br/>利用者延数</div> <div>ユニット1</div> <div>人・日</div> <div>ユニット2</div> <div>人・日</div> <div>(ユニット3)</div> <div>人・日</div> | ÷                        | <div>前年度の日数</div> <div>日</div> | =    | <div>利用者数(A)</div> <div>ユニット1</div> <div>人</div> <div>ユニット2</div> <div>人</div> <div>(ユニット3)</div> <div>人</div> | <div>利用者数(A)</div> <div>ユニット1</div> <div>人</div> <div>ユニット2</div> <div>人</div> <div>(ユニット3)</div> <div>人</div> | ÷ | 3 | =         | <div>必要数</div> <div>ユニット1</div> <div>人</div> <div>ユニット2</div> <div>人</div> <div>(ユニット3)</div> <div>人</div> |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | (小数点第2位以下切上)                                                                                                   |                                                                                                                |   |   | (小数点以下切上) |                                                                                                            |
| 2 人員配置                                                                                                                      |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 職種                                                                                                                          |                          | 職員数                            | 常勤換算 | 要件(該当する項目に☑してください)                                                                                             |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 代表者                                                                                                                         |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 認知症対応型サービス事業開設者研修を修了                                                                                           |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 特別養護老人ホーム等の従業者として認知症である者の介護に従事した経験あり                                                                           |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 保健医療サービス又は福祉サービスの経営に携わった経験あり                                                                                   |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 運営している法人の代表者又は地域密着型サービスの事業部門の責任者                                                                               |   |   |           |                                                                                                            |
| 管理者                                                                                                                         |                          | ( )                            |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了                                                                                           |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 特別養護老人ホーム等の従業者として3年以上認知症である者の介護に従事した経験あり                                                                       |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 共同生活住居ごとに配置                                                                                                    |   |   |           |                                                                                                            |
| 介護従業者                                                                                                                       |                          | ( )                            | 人    | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 常勤職員の配置 ( 名)                                                                                                   |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                          |                                |      | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 夜間及び深夜の時間帯を通じて、共同生活住居ごとに夜勤職員を1以上配置                                                                             |   |   |           |                                                                                                            |
| 計画作成<br>担当者                                                                                                                 | 介護支援専門員                  | ( )                            | 人    | <input type="checkbox"/>                                                                                       | 認知症介護実践者研修又は旧基礎課程を修了                                                                                           |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             | 介護支援専門員以外                | ( )                            |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 合計                                                                                                                          |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| ※ 兼務職員は、( ) 内に再掲                                                                                                            |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| * 直近月の管理者及び従業者の勤務形態一覧表を添付                                                                                                   |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 3 管理者                                                                                                                       |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 管理者氏名                                                                                                                       |                          |                                |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
| 兼務の有無                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | 兼務あり                           | 職名：  | 事業所名：                                                                                                          |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |
|                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | 兼務なし                           |      |                                                                                                                |                                                                                                                |   |   |           |                                                                                                            |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 自主点検                                                                | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>第2 運営に関する基準</b></p> <p><b>1 内容及び手続きの説明及び同意</b></p> <p>① 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、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について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、サービス提供の開始について利用申込者の同意を得ているか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>重要事項の内容</b></p> <p>ア 運営規程の概要      イ 従業員の勤務体制</p> <p>ウ 事故発生時の対応      エ 苦情処理の体制</p> <p>オ 第三者評価の実施状況等</p> <p>(1) 実施の有無              (2) 実施した直近の年月日</p> <p>(3) 評価機関の名称      (4) 評価結果の開示状況</p> </div> <p>② ①の規定により重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、電磁的方法を用いる場合はその電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法により同意を得ているか。</p> <p><b>2 運営規程・重要事項説明書等</b></p> <p>① 運営規程は、基準に示された項目に基づき適切に規定されており、その内容は運営の実態と整合性がとれているか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>基準</b></p> <p>ア 事業の目的及び運営の方針</p> <p>イ 従業員の職種、員数及び職務の内容</p> <p>ウ 利用定員</p> <p>エ 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</p> <p>オ 入居に当たっての留意事項</p> <p>カ 非常災害対策</p> <p>キ 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>ク その他運営に関する重要事項</p> </div> <p><b>3 提供拒否の禁止</b></p> <p>正当な理由なくサービスの提供を拒否していないか。</p> <p style="text-align: center;">過去1年間で_____件</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>ある場合その理由</b></p> </div> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>事例なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 自主点検                                                                                                                          | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>4 受給資格等の確認</b></p> <p>① 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認しているか。</p> <p>② 被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービスを提供するように努めているか。</p> <p><b>5 要介護認定の申請に係る援助</b></p> <p>① サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請されていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。</p> <p>② 利用者が居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）を受けていない場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行っているか。</p> <p><b>6 入退居</b></p> <p>① 要介護者（要支援者）であって認知症である者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がないものにサービスを提供しているか。</p> <p>② 主治の医師の診断書等により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か。</p> <p>③ 入居申込者が入院治療を要する者であること等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と認めた場合は、適切な他の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か。</p> <p>④ 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か。</p> <p>⑤ 利用者の退居の際には、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か。</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                            | 自主点検          | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| <p>⑥ 利用者の退居に際しては、利用者又は家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。</p>                   | <p>いる・いない</p> |     |
| <p><b>7 サービス提供の記録</b></p>                                                                                                          |               |     |
| <p>① 入居に際しては入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載しているか。</p>                                                         | <p>いる・いない</p> |     |
| <p>② サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しているか。</p>                                                                                    | <p>いる・いない</p> |     |
| <p><b>8 利用料等の受領</b></p>                                                                                                            |               |     |
| <p>① 法定代理受領サービスに該当する認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該サービスに係る居宅介護サービス費用基準額から当該事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。</p> | <p>いる・いない</p> |     |
| <p>② 法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型共同生活介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。</p>           | <p>いる・いない</p> |     |
| <p>③ 上記①、②の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができるが、その受領は適切に行っているか。</p>                                                             | <p>いる・いない</p> |     |
| <p>ア 食材料費<br/>イ 理美容代<br/>ウ おむつ代<br/>エ 認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用</p>          |               |     |
| <p>④ ③の費用の額を「その他の日常生活費」として利用者の希望を考慮せず、画一的に全利用者から一律徴収していないか。<br/>【徴収していない場合「いない」を選択】</p>                                            | <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自主点検                                                                  | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>⑤ ③の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。</p> <p style="text-align: center;"><u>口頭・文書</u>（どちらかに○）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>いる・いない</p>                                                         |     |
| <p>⑥ サービスの提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした利用者に対し、領収証を交付しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>いる・いない</p>                                                         |     |
| <p><b>9 保険給付の請求のための証明書の交付</b></p> <p>法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>いる・いない<br/>事例なし</p>                                                |     |
| <p><b>10 認知症対応型共同生活介護の基本取扱い方針</b></p> <p>① 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、妥当適切にサービスを行っているか。</p> <p>② 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サービスを行っているか。</p> <p>③ 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サービスを行っているか。</p> <p>④ 共同生活住居における介護従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対し、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か。</p> <p>⑤ 自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価又は運営推進会議における評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っているか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>第三者評価、自己点検等による評価の方法</p> </div> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 自主点検    | 摘 要          |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|------|--|--|--------|--|--|--------|--|--|--------|--|--|--------|--|--|-----|--|--|----|--|--|------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>11 身体拘束の禁止等</b></p> <p>① 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、身体的拘束その他入所者の行動制限する行為を行っていないか。<br/> <b>【行っていないければ、「いない」を選択】</b><br/> <b>緊急やむを得ず身体拘束を実施している場合の内容</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>身体拘束の態様</th> <th>人数</th> <th>解除への具体的な取組み例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ベッド柵</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>車イスベルト</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ミトンの使用</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>つなぎ服使用</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>拘束帯の使用</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録しているか。</p> <p>③ 緊急やむを得ず身体拘束を行った場合には、利用者の日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、従業者間、家族等関係者の間で直近の情報を共有しているか。</p> <p>④ 管理者及び各職種の従業者で構成する「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）」を設置し、施設全体で身体拘束廃止に取り組んでいるか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>直近の委員会開催日</b></p> <p style="text-align: center;">__ 月 __ 日、__ 月 __ 日、__ 月 __ 日</p> <p><b>構成員</b>（参加者に○をつけること。）</p> <p>代表者 ・ 管理者 ・ 介護従業者 ・ 計画作成担当者</p> <p>医師 ・ 看護師 ・ 事務長 ・ その他（                      ）</p> <p><b>身体的拘束等適正化対応を担当する職員名</b></p> <p>職種：                      担当者名：                      </p> </div> | 身体拘束の態様 | 人数           | 解除への具体的な取組み例 | ベッド柵 |  |  | 車イスベルト |  |  | ミトンの使用 |  |  | つなぎ服使用 |  |  | 拘束帯の使用 |  |  | その他 |  |  | 合計 |  |  | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない<br/>事例なし</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |  |
| 身体拘束の態様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人数      | 解除への具体的な取組み例 |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| ベッド柵                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| 車イスベルト                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| ミトンの使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| つなぎ服使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| 拘束帯の使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |
| 合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |              |              |      |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |        |  |  |     |  |  |    |  |  |                                                                  |  |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 自主点検   | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| ⑤ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">             指針の内容           </div> ア 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<br>イ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会その他事業所内組織に関する事項<br>ウ 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<br>エ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のためのの方策に関する基本方針<br>オ 身体的拘束等の発生時の対応に関する基本方針<br>カ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針<br>キ その他身体的拘束等の適正化推進のために必要な基本方針 | いる・いない |     |
| ⑥ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施しているか。<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">             直近の研修実施日           </div> <div style="margin-left: 100px;">             年 月 日、 年 月 日           </div>                                                                                                                                     | いる・いない |     |
| <b>12 認知症対応型共同生活介護計画の作成</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |     |
| ① 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か。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | いる・いない |     |
| ② 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、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か。                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | いる・いない |     |
| ③ 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、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                     | いる・いない |     |
| ④ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | いる・いない |     |
| ⑤ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、利用者に交付しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | いる・いない |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                    | 自主点検   | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| ⑥ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、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るか。                                              | いる・いない |     |
| ⑦ 認知症対応型共同生活介護計画の変更する場合においても、②～⑤に沿って行っているか。                                                                                                                                                                | いる・いない |     |
| ⑧ 認知症対応型共同生活介護事業所において短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供している認知症対応型共同生活介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している居宅介護支援事業者から認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を提供することに協力するよう努めているか。 | いる・いない |     |
| <b>13 介護等</b>                                                                                                                                                                                              |        |     |
| ① 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介護を行っているか。                                                                                                                                                 | いる・いない |     |
| ② その利用者に対して、利用者の負担により、共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせていないか。<br>【行っていない場合、「いない」を選択】                                                                                                                           | いる・いない |     |
| ③ 利用者の食事その他の家事等は、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るか。                                                                                                                                                             | いる・いない |     |
| <b>14 社会生活上の便宜の提供等</b>                                                                                                                                                                                     |        |     |
| ① 利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めているか。                                                                                                                                                                              | いる・いない |     |
| ② 利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又は家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っているか。                                                                                                                              | いる・いない |     |
| ③ 常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者と家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。                                                                                                                                                         | いる・いない |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 自主点検                                                                                         | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>15 利用者に関する市町村への通知</b></p> <p>認知症対応型共同生活介護を受けている利用者が、次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しているか。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <p>ア 正当な理由なしに認知症対応型共同生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる時</p> <p>イ 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとした時</p> </div> <p><b>16 緊急時等の対応</b></p> <p>現にサービスの提供を行っているときに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あらかじめ定めた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か。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">緊急時の対応方法（事例なしの場合も記載）</div> </div> <p><b>17 管理者の責務</b></p> <p>① 管理者は、従業者の管理及びサービスの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p> <p>② 管理者は、従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。</p> <p><b>18 管理者の管理</b></p> <p>管理者は、同時に介護保険施設、居宅サービス、地域密着型サービス（サテライト型の場合は、本体事業所が提供する認知症対応型共同生活介護を除く。）、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの事業を行う事業所、病院、診療所又は社会福祉施設を管理していないか。</p> <p>【行っていない場合、「いない」を選択】</p> <p><b>19 勤務体制の確保等</b></p> <p>① 利用者に対して適切な認知症対応型共同生活介護サービスを提供できるよう、事業所ごとに認知症対応型共同生活介護従業者の勤務体制を定めているか。</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない<br/>事例なし</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                            |       | 自主点検   | 摘 要 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----|
| ② ①の介護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か。                                                                         |       | いる・いない |     |
| ③ 認知症対応型共同生活介護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か。                                                                                                         |       | いる・いない |     |
| ④ 当該認知症対応型共同生活介護事業者は、全ての認知症対応型共同生活介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。 |       | いる・いない |     |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">実施状況（過去1年間）</div>                                                                              |       |        |     |
| 実施日                                                                                                                                                | 対 象 者 | 内 容    |     |
|                                                                                                                                                    |       |        |     |
|                                                                                                                                                    |       |        |     |
|                                                                                                                                                    |       |        |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自主点検          | 摘 要                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|
| <p>⑤ 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が、業務上必要かつ相当な範囲を超えている場合に従業員の就業環境が害さないよう、防止策の明確化等の必要な措置を講じているか。</p> <p><u>具体的な防止策</u></p> <p>ア 事業主の方針等の明確化及びその周知、啓発</p> <p>(1) 職場におけるハラスメントの内容・行ってはならない旨の方針を明確化し、労働者に周知・啓発すること。</p> <p>(2) 行為者について、厳正に対処する旨の方針・対処の内容を就業規則等の文書に規定し、労働者に周知・啓発すること。</p> <p>イ 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</p> <p>(1) 相談窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。</p> <p>(2) 相談窓口担当者が、相談内容や状況に応じ、適切に対応できるようにすること。</p> <p>ウ ハラスメントに係る事後の迅速かつ適切な対応</p> <p>(1) 事実関係を迅速かつ正確に確認すること。</p> <p>(2) 速やかに被害者に対する配慮のための措置を適正に行うこと。</p> <p>(3) 事実関係の確認後、行為者に対する措置を適正に行うこと。</p> <p>(4) 再発防止に向けた措置を講ずること。</p> <p>エ その他併せて講ずべき措置</p> <p>(1) 相談者・行為者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、その旨を従業員に周知すること。</p> <p>(2) 相談したこと等を理由として、解雇その他不利益取扱いをされない旨を定め、労働者に周知・啓発すること。</p> | <p>いる・いない</p> | <p>19⑤</p> <p>中小事業主は令和4年度から義務化</p>         |
| <p><b>20 定員の遵守</b></p> <p>入居定員及び居室の定員を超えて入居させていないか。</p> <p>【行っていない場合、「いない」を選択】</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>いる・いない</p> |                                            |
| <p><b>21 業務継続計画（BCP）の策定等</b></p> <p>① 感染症や非常災害の発生時において、利用者が継続して認知症対応型共同生活介護の提供を受けられるよう、認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、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か。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>いる・いない</p> | <p>21①②③</p> <p>令和5年度まで努力義務、令和6年度から義務化</p> |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自主点検   | 摘 要 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| <div>記入項目</div> <p>ア 感染症に係る業務継続計画</p> <p>(1) 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）</p> <p>(2) 初動対応</p> <p>(3) 感染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）</p> <p>イ 災害に係る業務継続計画</p> <p>(1) 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）</p> <p>(2) 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</p> <p>(3) 他施設及び地域との連携</p> |        |     |
| <p>② 従業者に対し、業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                 | いる・いない |     |
| <p>③ 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行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | いる・いない |     |
| <p><b>22 非常災害対策</b></p> <p>① 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者へ周知しているか。</p> <p>（具体的な計画とは…消防法施行規則に定める消防計画等）</p>                                                                                                                                           | いる・いない |     |
| <p>② 避難確保計画を作成し、岡崎市に報告を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                          | いる・いない |     |
| <p>③ 非常災害に備えるため、避難確保計画に基づき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                    | いる・いない |     |
| <div>直近の避難訓練等の実施日</div> <div>_____月____日、_____月____日、_____月____日</div> <div>防火管理者氏名</div> <div>_____</div> <div>消防計画の届出日</div> <div>_____年____月____日</div>                                                                                                                                                  |        |     |
| <p>④ 当該施設は岡崎市防災計画に定められた浸水想定区域や土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設であるか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | 該当・非該当 |     |
| <p>⑤ 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | いる・いない |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 自主点検                                                                                | 摘 要                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <p><b>23 衛生管理等</b></p> <p>① 施設、食器その他の設備及び飲料水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか。</p> <p>② 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じているか。<br/>必要に応じ保健所の助言指導を求めるとともに、密接な連携を保っているか。</p> <p>③ 認知症対応型共同生活介護事業所における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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）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、認知症対応型共同生活介護従業者に周知しているか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>直近の委員会開催日</p> <p style="text-align: center;">_ 月 _ 日、_ 月 _ 日、_ 月 _ 日</p> <p>構成員（参加者に○をつけること。）</p> <p>代表者 ・ 管理者 ・ 介護従業者 ・ 計画作成担当者</p> <p>医師 ・ 看護師 ・ 事務長 ・ その他（                      ）</p> <p>感染対策担当者</p> <p style="text-align: center;">職種：                      担当者名：                      </p> </div> <p>④ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>定めるべき事項</p> <p>ア 平常時の対策</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) 事務所内の衛生管理<br/>環境の整備等</p> <p style="margin-left: 20px;">(2) ケアにかかる感染症対策<br/>手洗い、標準的な予防策等</p> <p>イ 発生時の対処方法</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) 発生状況の把握方法</p> <p style="margin-left: 20px;">(2) 感染拡大の防止策</p> <p style="margin-left: 20px;">(3) 医療機関や保健所、市町村の関係課等の関係機関への報告、連携方法</p> <p style="margin-left: 20px;">(4) 事業所内の連絡体制整備</p> </div> <p>⑤ 従業者に対して、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並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施（年2回以上）しているか。</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> | <p>23③④⑤</p> <p>令和5年度まで努力義務、令和6年度から義務化</p> |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 自主点検  | 摘 要 |           |  |                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div>24 協力医療機関</div> <div>① 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めているか。</div> <div><table><tr><td>協力病院名</td><td></td></tr></table></div> <div>② ①の規定に基づき協力医療機関を定めるに当たっては次のア、イの要件を満たしているか。<br/>ア 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、常時確保していること。<br/>イ 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、常時確保していること。</div> <div>③ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、事業者に係る指定を行った岡崎市長に届け出しているか</div> <div>④ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条17項に規定する第二種協定指定医療機関（以下「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同項第7項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。以下同じ。）の発生時等の対応を決めるように努めているか。</div> <div>⑤ 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該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について協議を行っているか。</div> <div>⑥ 利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院可能となった場合においては、再び当該指定認知症型共同生活介護事業所に速やかに入居させることができるように努めているか。</div> <div>⑦ あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めているか。</div> <div><table><tr><td>協力歯科医療機関名</td><td></td></tr></table></div> <div>⑧ サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えているか。</div> | 協力病院名 |     | 協力歯科医療機関名 |  | <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> <div>いる・いない</div> |  |
| 協力病院名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |     |           |  |                                                                                                                                                 |  |
| 協力歯科医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |           |  |                                                                                                                                                 |  |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自主点検                                                                                              | 摘 要                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p><b>25 掲示</b></p> <p>① 事業所の見やすい場所に重要事項等の掲示を行う又は重要事項等を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これを関係者に自由に閲覧できるようになっているか。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>掲示内容</b></p> <p>ア 運営規程の概要      イ 従業員の勤務体制</p> <p>ウ 事故発生時の対応    エ 苦情処理体制</p> <p>オ 提供するサービスの第三者評価の実施状況</p> <p>カ 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</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>閲覧の場所及び方法等</b></p> </div> <p>② 重要事項をウェブサイトに掲載しているか。</p> <p><b>26 秘密保持等</b></p> <p>① 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さぬよう対策を講じているか。</p> <p>② 当該事業所の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、従業員との雇用契約時に取り決めを行う等の必要な措置を講じているか。</p> <p>③ 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か。</p> <p><b>27 広告</b></p> <p>広告内容に虚偽又は誇大な表現がないようにしているか。</p> <p>【虚偽、誇大表現がない場合、「いない」を選択】</p> <p><b>パンフレット等があれば添付</b></p> <p><b>28 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止</b></p> <p>① 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又はその従業員に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。</p> <p>【行っていない場合、「いない」を選択】</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> | <p></p> <p>②令和7年度から適用</p> |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 自主点検           | 摘 要 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|-----|
| <p>② 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又は従業者から、共同生活住居からの退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していないか。</p> <p>【行っていない場合、「いない」を選択】</p>                                                                                                                                                         |  | いる・いない         |     |
| <p>29 苦情処理</p> <p>① 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か。</p> <div><p>必要な措置とは…</p><p>ア 相談窓口    イ 処理体制の整備    ウ 掲示等</p><p>エ 重要事項説明書への記載</p></div>                                                                                                |  | いる・いない         |     |
| <p>② 苦情を受け付けた場合には、当該苦情受付日、その内容等を記録しているか。なお当該記録は5年間保管すること。</p>                                                                                                                                                                                                            |  | いる・いない         |     |
| <p>③ 県及び市町村が行う調査及び検査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行い求めに応じ改善内容の報告をしているか。（過去1年間）</p>                                                                                                                                                                                       |  | いる・いない<br>事例なし |     |
| 主な指導内容                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 改善状況           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                |     |
| <p>④ 利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、指導又は助言に従って改善を図っているか。</p>                                                                                                                                                                                                          |  | いる・いない<br>事例なし |     |
| 調査・あっせん内容                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 対応状況           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                |     |
| <p>30 地域との連携等</p> <p>① サービスの提供に当たっては、運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けているか。</p> <div><p>ア 利用者及び利用者の家族</p><p>イ 地域住民の代表者</p><p>ウ 施設が所在する市町村の職員又は施設が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員</p><p>エ 認知症対応型共同生活介護について知見を有する者</p></div> |  | いる・いない         |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 自主点検           | 摘 要    |       |    |        |                                          |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|-------|----|--------|------------------------------------------|--|--|
| ② ①の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、記録を公表しているか。                                                                                                                                                                                                                                                 | いる・いない         |        |       |    |        |                                          |  |  |
| ③ その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っているか。                                                                                                                                                                                                                                   | いる・いない         |        |       |    |        |                                          |  |  |
| ④ その事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。                                                                                                                                                                                                      | いる・いない         |        |       |    |        |                                          |  |  |
| <b>31 事故発生時の対応</b><br>① 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、岡崎市、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か。                                                                                                                                                                                  | いる・いない         |        |       |    |        |                                          |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>事故の概要</th> <th>処置</th> <th>再発防止対策</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                               |                |        | 事故の概要 | 処置 | 再発防止対策 | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |  |  |
| 事故の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 処置             | 再発防止対策 |       |    |        |                                          |  |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                     |                |        |       |    |        |                                          |  |  |
| ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録しているか。<br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">             ヒヤリハット含むを事故記録件数 _____ 件（過去1年間）<br/>             うち、保険者に報告した件数 _____ 件           </div> </div> | いる・いない<br>事例なし |        |       |    |        |                                          |  |  |
| ③ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行っているか。<br>※損害賠償保険の加入の有無 _____ 有 ・ 無 _____<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">「事故防止マニュアル」又「事故対応マニュアル」等がある場合は添付</div>                                                                                                                         | いる・いない<br>事例なし |        |       |    |        |                                          |  |  |
| ④ 苦情及び事故の記録が再発防止策の検討・実施やその評価の実施等の再発防止に活用されているか。<br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">具体的な活用方法</div> </div> </div>            | いる・いない<br>事例なし |        |       |    |        |                                          |  |  |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自主点検                                                                  | 摘 要                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <p><b>32 虐待の防止</b></p> <p>① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用してできるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っているか。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>直近の委員会開催日</p> <p style="text-align: center;">____月 ____日、____月 ____日、____月 ____日</p> <p>構成員（参加者に○をつけること。）</p> <p>代表者 ・ 管理者 ・ 介護従業者 ・ 計画作成担当者</p> <p>医師 ・ 看護師 ・ 事務長 ・ その他（                      ）</p> </div> <p>② 虐待の防止のための指針を定め、次のアからケの項目を盛り込んでいるか。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>ア 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方</p> <p>イ 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</p> <p>ウ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p>エ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</p> <p>オ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</p> <p>カ 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p>キ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>ク 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>ケ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p> </div> <p>③ 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的に実施（年2回以上）しているか。</p> <p>④ 委員会開催、研修実施を適切に実施するための担当者を置いているか。（担当者：職氏名                      ）</p> <p><b>33 会計の区分</b></p> <p>事業所ごとに経理を区分するとともに、当該事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> | <p>32①②③④</p> <p>令和5年度まで努力義務、令和6年度から義務化</p> |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自主点検                                                                                                                        | 摘 要 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>34 記録の整備</b></p> <p>① 従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しているか。</p> <p>② 利用者に対する、サービス提供に関する諸記録を整備し、サービス提供した日から5年間保存しているか。</p> <p>ア 認知症対応型共同生活介護計画<br/> イ 具体的なサービスの内容等の記録<br/> ウ 身体的拘束等の態様及び時間、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の記録<br/> ウ 15利用者に関する市町村への通知に係る記録<br/> エ 苦情の内容等の記録<br/> オ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録<br/> カ 報告、評価、要望、助言等の記録</p> <p><b>35 その他</b></p> <p>市費補助金で購入した物品を岡崎市への相談等なく、処分していないか。【相談等なく、処分を行った場合は「いる」を選択】</p> <p><b>【以下「第3」は介護予防認知症対応型共同生活介護事業所のみ回答】</b></p> <p><b>第3 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準</b></p> <p><b>1 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の基本取扱方針</b></p> <p>① 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスを行っているか。</p> <p>② 自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っているか。</p> <p>③ サービスの提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっているか。</p> <p>④ 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮しているか。</p> <p>⑤ サービスの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>事例なし</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 自主点検                                                                                                                          | 摘 要 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>事業に参加するよう適切な働きかけに努めているか。</p> <p><b>2 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</b></p> <p>① サービスの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。</p> <p>② 計画作成担当者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、サービスの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成しているか。</p> <p>③ 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、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か。</p> <p>④ 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。</p> <p>⑤ 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しているか。</p> <p>⑥ サービスの提供に当たっては、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っているか。</p> <p>⑦ サービスの提供に当たっては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。</p> <p>⑧ サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対し、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か。</p> <p>⑨ 計画作成担当者は、他の介護従業者及び利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の介護予防サ</p> | <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 自主点検                                                            | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| <p>サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、モニタリングを行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行っているか。</p> <p>⑩ 計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行っているか。</p> <p>⑪ 介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更する場合も、①～⑨に沿って行っているか。</p> <p>⑫ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所において短期利用居宅介護費を算定する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している介護予防認知症対応型共同生活介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から介護予防認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画を提供することに協力するよう努めているか。</p> <p><b>第4 変更の届出</b></p> <p>変更があったとき、10日以内に届出を出しているか。</p> <p>最近の変更届                      年      月      日</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>変更届の内容</b></p> <p>ア 事業所の名称及び所在地</p> <p>イ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所</p> <p>ウ 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等</p> <p>エ 事業所の種別</p> <p>オ 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要</p> <p>カ 事業所の管理者の氏名、経歴及び住所</p> <p>キ 運営規程</p> </div> | <p></p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 自主点検                                                                                                                                      | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>【以下「第5」から認知症対応型共同生活介護事業所は「共通」「介護」を回答。介護予防認知症対応型共同生活介護事業所は「共通」「予防」のみ回答すること。】</p> <p><b>第5 介護給付費の算定及び取扱い</b></p> <p><b>1 基本的事項</b></p> <p>① 費用の額は、別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定しているか。</p> <p>② 費用の額は、平成27年厚生労働省告示第93号の「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定しているか。</p> <p>③ 単価に単位数を乗じて得た額に、1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算しているか。</p> <p><b>2 認知症高齢者の日常生活自立度の決定方法</b></p> <p>加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日老健135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」（以下「日常生活自立度」という。）を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書（以下「判定結果」という。）を用いるものとしているか。</p> <p><b>3 夜勤体制・人員基準欠如・定員超過利用による減算</b></p> <p>夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合又は利用者の数若しくは介護従業者の員数が平成12年厚生省告示第27号の八（利用者定数超過又は職員数が基準を満たさない場合）に該当する場合は、同告示により算定しているか。</p> <p><b>4 身体拘束廃止未実施減算</b></p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。</p> | <p>【共通】<br/>いる・いない</p> <p>【共通】<br/>いる・いない</p> <p>【共通】<br/>いる・いない</p> <p>【共通】<br/>いる・いない</p> <p>【共通】<br/>いる・いない</p> <p>【共通】<br/>いる・いない</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 自主点検                                                                                                                | 摘 要 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>5 高齢者虐待防止措置未実施減算</b><br/> 次のアからエ該当する場合、<u>所定単位数に 100 分の 1</u> を乗じて得た単位数を減算しているか。<br/> ア 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場合<br/> イ 高齢者虐待防止のための指針を整備していない場合<br/> ウ 高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない場合<br/> エ 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事実が生じた場合</p> <p><b>6 業務継続計画未策定減算</b><br/> 指定地域密着型サービス基準第 37 条、37 条の 3 又は第 40 条の 16 において準用する指定地域密着型サービス基準第 3 条の 30 の 2 第 1 項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合、<u>所定単位数に 100 分の 1</u> を乗じて得た単位数を減算しているか。</p> <p><b>7 夜勤を行う職員の員数を 2 人以上とする場合の算定</b><br/> 認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)及び短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)について、共同生活住居の数が 3 である事業所が、夜勤を行う職員の員数を 2 人以上とする場合に、利用者に対して、認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定単位数から 1 日につき所定単位数から減算しているか。</p> <p><b>8 夜間支援体制加算</b><br/> <b>① 夜間支援体制加算(Ⅰ)</b><br/> 次のアからウに適合しているものとして岡崎市長に届け出た認知症対応型共同生活介護事業所については、1 日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。<br/> ア 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。<br/> イ 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生活介護(Ⅰ)の基準に該当する場合。<br/> ウ 次の(1)、(2)のいずれかに該当する場合<br/> (1) 次の a、b のいずれにも適合しているものとして夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平 12 厚生省告示第 29 号)第三号本文に規定する数に 1 を加えた数以上である場合。<br/> 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当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の数の 10 分の 1 以上の数設置している場合。<br/> 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</p> | <p>【共通】<br/> いる・いない</p> <p>【共通】<br/> いる・いない</p> <p>【共通】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【共通】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 自主点検                                                                                                                                        | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>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、必要な検討等が行われている場合。</p> <p>(2) 指定地域密着型サービス基準第 90 条第 1 項の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を 1 名以上配置している場合。</p> <p><b>② 夜間支援体制加算（Ⅱ）</b></p> <p>次のア、イに適合しているものとして岡崎市長に届け出た認知症対応型共同生活介護事業所については、1 日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ア 8 ①ア及びウに該当する場合</p> <p>イ 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生活介護（Ⅱ）の基準に該当する場合。</p> <p><b>9 認知症行動・心理症状緊急対応加算</b></p> <p>利用者について、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、認知症対応型生活介護を行った場合は、入居を開始した日から起算して 7 日を限度として、1 日につき所定単位数を加算しているか。</p> <p><b>10 若年性認知症利用者受入加算</b></p> <p>次のアからウに該当する場合、1 日につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア 若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている場合</p> <p>イ 当該利用者の特性、ニーズに応じた適切なサービス提供を行った場合</p> <p>ウ 7 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない場合</p> <p><b>11 利用者が入院した時の費用の算定</b></p> <p>病院、診療所に入院する必要が生じた場合、<u>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</u>、その利用者及び家族の希望を勘案し、<u>必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該事業所に入居できるよう体制を確保していること</u>を岡崎市長に届け出た事業所において、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき所定単位数を算定しているか。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。</p> | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 自主点検                               | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----|
| <p><b>12 看取り介護加算</b></p> <p>次に掲げるア～カのいずれの基準にも適合するものとして、岡崎市長に届け出た場合、基準に適合する入居者へ看取り介護を行った場合は、その期間によって所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア <u>看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対し説明し、同意を得ていること。</u></p> <p>イ 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他職種の者による協議の上、事業所における看取りの実績等を踏まえ、<u>適宜、看取りに関する指針の見直していること。</u></p> <p>ウ <u>看取りに関する職員研修を行っていること。</u></p> <p>エ 当該入居者について、医師が一般的に認めている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断していること。</p> <p>オ 事業所は、入居者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、看取り介護を実施する体制の構築・強化を図っていること。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>PDCAサイクルとは…</p> <p>P：<u>看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針等の明確化。</u></p> <p>D：<u>当該入所者に係る医師の診断を前提として、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしく最期を迎えられるよう支援。</u></p> <p>C：<u>多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援。</u></p> <p>A：<u>看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しの実施。</u></p> </div> <p>カ 医師、看護職員、介護支援専門員その他職種の者が共同して作成した利用者の介護に係る計画について、その内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画に同意していること。</p> <p>キ 看取りに関する指針に基づき、医師等の相互連携を行いながら、利用者の状態又は家族の求め等に応じ作成した記録に基づき、介護を行い、そのことを利用者に説明し、同意を受けていること。</p> | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |
| <p><b>13 初期加算</b></p> <p>認知症対応型共同生活介護費について、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算しているか。また、30日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も同様に加算しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 自主点検                                                                                                                                    | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>14 協力医療機関連携加算</b><br/> 協力医療機関（指定地域密着型サービス基準第 105 条第 1 項に規定する協力医療機関をいう。）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共有する会議を定期的に行っている場合は 1 月に所定単位を加算しているか。ただし、15 医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p> <p><b>15 医療連携体制加算</b></p> <p>① <b>医療連携体制加算（Ⅰ） イ</b><br/> 次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合するものとして、岡崎市長に届け出た場合、1 日につき所定単位数を加算しているか。<br/> ア 当該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こと。<br/> イ 該当事業所の職員である看護師又は、病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。<br/> ウ 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。</p> <p>② <b>医療連携体制加算（Ⅰ） ロ</b><br/> 次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合するものとして、岡崎市長に届け出た場合、1 日につき所定単位数を加算しているか。<br/> ア 当該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。<br/> イ ①イに該当する場合。ただし、アにより配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は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。<br/> ウ ①ウに該当する場合。</p> <p>③ <b>医療連携体制加算（Ⅰ） ハ</b><br/> 次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合するものとして、岡崎市長に届け出た場合、1 日につき所定単位数を加算しているか。<br/> ア 当該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。<br/> イ 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。</p> | <p>【介護】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【介護】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【介護】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【介護】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> |     |



| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 自主点検  | 摘 要 |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------|-------|---------------|-------|---------------|-------|------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <p><u>又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者 1 人につき 1 回を限度として所定単位数を加算しているか。</u></p> <p>18 認知症専門ケア加算</p> <p>(Ⅰ) と (Ⅱ) は同時に算定できず、19 認知症チームケア推進加算を算定している場合も算定できない。</p> <p>① 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)</p> <p>次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合する場合、1 日につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア 当該事業所における入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者 (以下「対象者」という。) の占める割合が <u>2 分の 1 以上</u> である場合。</p> <p>イ <u>認知症介護に係る専門的な研修修了者を、以下の利用者数に応じ配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合</u></p> <table><tr><td>対象者数</td><td>配置数</td></tr><tr><td>20 人未満</td><td>1 人以上</td></tr><tr><td>20 人以上 30 人未満</td><td>2 人以上</td></tr><tr><td>30 人以上 40 人未満</td><td>3 人以上</td></tr><tr><td colspan="2">以後端数増えるたびに 1 名追加</td></tr></table> <p>ウ 当該事業所において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は<u>技術的指導に係る会議を定期的</u>に開催している場合。</p> <p>② 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)</p> <p>次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合する場合、1 日につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア ①アからウの要件を満たしている場合。</p> <p>イ <u>認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケア指導を実施している場合。</u></p> <p>ウ 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの<u>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している場合。</u></p> | 対象者数  | 配置数 | 20 人未満 | 1 人以上 | 20 人以上 30 人未満 | 2 人以上 | 30 人以上 40 人未満 | 3 人以上 | 以後端数増えるたびに 1 名追加 |  | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |  |
| 対象者数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 配置数   |     |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |
| 20 人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 人以上 |     |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |
| 20 人以上 30 人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 人以上 |     |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |
| 30 人以上 40 人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 人以上 |     |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |
| 以後端数増えるたびに 1 名追加                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |     |        |       |               |       |               |       |                  |  |                                                                       |  |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 自主点検                                                                  | 摘 要 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>19 認知症チームケア推進加算</b></p> <p><b>① 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)</b></p> <p>次に掲げるアからエのいずれの基準にも適合する場合、1月につき所定単位数を算定しているか。ただし、18 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定できない。</p> <p>ア 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下「対象者」という。）の占める割合が<u>2分の1以上</u>である場合。</p> <p>イ 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している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を修了している者を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場合。</p> <p>ウ 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している場合。</p> <p>エ 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、計画の見直し等を行っている場合。</p> <p><b>② 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)</b></p> <p>次に掲げるアからエのいずれの基準にも適合する場合、1月につき所定単位数を算定しているか。18 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定できない。</p> <p>ア 19①ア、ウ及びエの要件を満たしている場合。</p> <p>イ 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を修了している者を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場合。</p> | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |
| <p><b>20 生活機能向上連携加算</b></p> <p><b>① 生活機能向上連携加算(Ⅰ)</b></p> <p>計画作成担当者が、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<u>医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該認知症対応型共同生活介護計画に</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p>                                    |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 自主点検                                                                                            | 摘 要 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に所定単位数を加算しているか。</p> <p>② <b>生活機能向上連携加算(Ⅱ)</b></p> <p>利用者に対して、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医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、<u>計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合</u>であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき、所定単位数を加算しているか。</p> <p>ただし、18①を算定している場合、算定できない。</p> <p><b>21 栄養管理体制加算</b></p> <p><u>定員超過利用・人員基準欠如に該当しない認知症対応型共同生活介護事業所において、管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算しているか。</u></p> <p><b>22 口腔衛生管理体制加算</b></p> <p>次のア、イの基準に適合する認知症対応型共同生活介護事業所において、<u>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算しているか。</u></p> <p>ア 当該事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の<u>口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成</u>されていること。</p> <p>イ 定員超過利用、人員欠如に該当しないこと。</p> | <p>【共通】<br/>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】<br/>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】<br/>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 自主点検                               | 摘 要 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----|
| <p><b>23 口腔・栄養スクリーニング加算</b></p> <p>利用開始及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行い、次のアからウに該当する場合、1 回につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア <u>利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者の担当介護支援専門員に提供している場合</u></p> <p>イ <u>利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者の担当介護支援専門員に提供している場合</u></p> <p>ウ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない場合</p>                                         | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |
| <p><b>24 科学的介護推進体制加算</b></p> <p>次のア、イに該当する場合、1 日につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア 利用者ごとの ADL 値（ADL の評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。）、栄養状態、口腔機能、認知症（法第 5 条の 2 第 1 項に規定する認知症をいう。以下同じ。）の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合</p> <p>イ 必要に応じて通所介護計画を見直す等、通所介護の提供に当たって、アに規定する情報その他通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合</p>                                                                                                   | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |
| <p><b>25 高齢者施設等感染対策向上加算</b></p> <p>① <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）</b></p> <p>次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合する場合、1 月につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している場合。</p> <p>イ 指定地域密着型サービス基準第 105 条第 1 項本文に規定する協力医療機関（以下「協力医療機関等」と）との間で感染症（新興感染症を除く。以下同じ）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関と連携し適切に対応している場合。</p> <p>ウ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加している場合。</p> | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自主点検                                                                                                  | 摘 要 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>② <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</b><br/> 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている場合は1月につき所定単位数を算定しているか。</p> <p><b>26 新興感染症等施設療養費</b><br/> 当該事業所が、利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ該当感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で指定認知症対応型共同生活介護を行った場合、1月に1回、連続する5日を限度として算定しているか。</p> <p><b>27 生産性向上推進体制加算</b><br/> ① <b>生産性向上推進体制加算（Ⅰ）</b><br/> 次に掲げるアからオのいずれの基準にも適合する場合、1月につき所定単位数を算定しているか。<br/> ア 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している場合。<br/> (1)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<br/> (2)職員の負担軽減及び勤務状況への配慮<br/> (3)介護機器の定期的な点検<br/> (4)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<br/> イ ア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場合<br/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <b>具体的な例</b> </div> ウ 介護機器を複数種類活用していること。<br/> エ アの委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認している場合。<br/> オ 事業年度ごとに、ア、ウ及びエの取組に関する実績を厚生労働省に報告している場合。</p> | <p>【共通】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【共通】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> <p>【共通】<br/> いる・いない<br/> 該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自主点検                                                                                                                                        | 摘 要 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>② 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）</p> <p>次に掲げるアからウのいずれの基準にも適合する場合、1月につき所定単位数を算定しているか。</p> <p>ア 27①アに該当する場合。</p> <p>イ 介護機器を活用している場合。</p> <p>ウ 事業年度ごとに、イ及び 27①アの取組に関する実績を厚生労働省に報告している場合。</p> <p>28 サービス提供体制強化加算</p> <p>① サービス提供体制強化加算（Ⅰ）</p> <p>次のア、イに該当する場合、1日につき所定単位数を加算しているか。</p> <p>ア 次の(1)、(2)のいずれかに適合すること。</p> <p>(1) 当該事業所の介護職員の総数のうち、<u>介護福祉士の占める割合が100分の70以上</u>である場合</p> <p>(2) 当該事業所の介護職員の総数のうち、<u>勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上</u>である場合</p> <p>イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない場合</p> <p>② サービス提供体制強化加算（Ⅱ）</p> <p>次のア、イに該当する場合、1回につき所定単位数を加算しているか。</p> <p>ア 当該事業所の介護職員の総数のうち<u>介護福祉士の占める割合が100分の60以上</u>である場合</p> <p>イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない場合</p> <p>③ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）</p> <p>次のア、イに該当する場合、1日につき所定単位数を加算しているか。</p> <p>ア 次の(1)から(3)のいずれかに適合すること。</p> <p>(1) 当該事業所の介護職員の総数のうち、<u>介護福祉士の占める割合が100分の50以上</u>である場合</p> <p>(2) 当該事業所の<u>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</u>である場合</p> <p>(3) 当該事業所の<u>利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上</u>である場合</p> <p>イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない場合</p> | <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> <p>【共通】</p> <p>いる・いない<br/>該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自主点検                                                                                                                                                                                                                    | 摘 要 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>29 介護職員等処遇改善加算</b><br/>           以下のアからクの該当する要件に応じて、①から④の所定単位数を算定しているか。</p> <p>① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br/>           アからクすべてに該当する場合</p> <p>② 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）<br/>           キ以外すべて該当する場合</p> <p>③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）<br/>           カ及びキ以外すべて該当する場合</p> <p>④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）<br/>           オからキ以外すべて該当する場合</p> <p><b>月額賃金改善要件Ⅰ</b><br/>           ア 新加算Ⅳの加算額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の改善に充てること。また、事業所等が新加算ⅠからⅢまでのいずれかを算定する場合にあっては、仮に新加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の2分の1以上を基本給等の改善に充てる場合。</p> <p><b>月額賃金改善要件Ⅱ</b><br/>           （※令和6年5月末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が未算定の事業所が対象）<br/>           イ 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新規に実施している場合</p> <p><b>キャリアパス要件Ⅰ</b><br/>           ウ 1から3全てに該当する場合<br/>           1 介護職員の任用における職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めている場合。<br/>           2 1に掲げる職位、職責、職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めている場合。<br/>           3 1及び2の内容について就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、全ての介護職員に周知している場合。</p> <p><b>キャリアパス要件Ⅱ</b><br/>           エ 1及び2に該当する場合<br/>           1 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換</p> | <p>【共通】<br/>           いる・いない<br/>           該当なし</p> <p>【共通】<br/>           いる・いない<br/>           該当なし</p> <p>【共通】<br/>           いる・いない<br/>           該当なし</p> <p>【共通】<br/>           いる・いない<br/>           該当なし</p> |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 自主点検 | 摘 要 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| <p>しながら、資質向上の目標及び a 又は b に掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、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場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等（OJT、OFF-JT 等）を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。</li> <li>b 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。</li> </ul> <p>2 1 について、全ての介護職員に周知している場合。</p> <p><b>キャリアパス要件Ⅲ</b></p> <p>オ 1 及び 2 に該当する場合</p> <p>1 介護職員について、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的に昇給を判定する仕組みを設けている場合。具体的には、次の a から c までのいずれかに該当する仕組みであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 経験に応じて昇給する仕組み<br/>「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。</li> <li>b 資格等に応じて昇給する仕組み<br/>介護福祉士等の資格の取得や実務者研修等の修了状況に応じて昇給する仕組みであること。ただし、別法人等で介護福祉士資格を取得した上で当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであること。</li> <li>c 一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み<br/>「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていること。</li> </ul> <p>2 1 の内容について、就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、全ての介護職員に周知している場合。</p> <p><b>キャリアパス要件Ⅳ</b></p> <p>カ 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額（新加算等を算定し実施される賃金改善の見込額を含む。）が年額 440 万円以上である場合（新加算等による賃金改善以前の賃金が年額 440 万円以上である者を除く。）。</p> <p><b>キャリアパス要件Ⅴ</b></p> <p>キ サービス類型ごとに一定以上の介護福祉士等を配置していること。具体的には、新加算等を算定する事業所又は併設する本体事業所において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</p> |      |     |

| 運 営 状 況                                                                                                                                                                                    | 自主点検 | 摘 要 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| <p>支援加算の各区分の届出を行っている場合。</p> <p><b>職場環境等要件</b></p> <p>ク 「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」、「やりがい・働きがいの醸成」の処遇改善の取組を実施している場合。</p> |      |     |