

夜間対応型訪問介護自主点検表

記入年月日	令和 年 月 日	(令和4年度版)
法人名		
介護保険事業所番号	夜間対応型訪問介護	
事業所名称		
記入担当者	(職種) (氏名)	連絡先電話番号 — —

自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。(記載例：☑、■など)
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる□や()内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック(☑、■など)をし、詳細を記入してください。

第1 基本方針

項目	内容	適	不適	非該当
1 基本方針	地域密着型サービスに該当する夜間対応型訪問介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、夜間において、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、排せつの介護、日常生活上の緊急時の対応その他の夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うものであるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 指定夜間対応型訪問介護	(1) 指定夜間対応型訪問介護においては、定期的に利用者の居宅を巡回して行う夜間対応型訪問介護(以下「定期巡回サービス」という。)、あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者からの通報を受け、通報内容等を基に訪問介護員等(指定夜間対応型訪問介護の提供に当たる介護福祉士又は法第8条第2項に規定する政令で定める者(介護職員初任者研修課程を修了した者に限る。))をいう。)の訪問の要否等を判断するサービス(以下「オペレーションセンターサービス」という。))及びオペレーションセンター等からの随時の連絡に対応して行う夜間対応型訪問介護(以下この章において「随時訪問サービス」という。)を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) オペレーションセンターは、通常の事業の実施地域内に1か所以上設置しているか。ただし、定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けることにより適切にオペレーションセンターサービスを実施することが可能であると認められる場合は、オペレーションセンターを設置しないことができる。 設置していない理由()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「定期巡回サービス」、「オペレーションセンターサービス」、「随時訪問サービス」を一括して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者は、ケアコール端末を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 夜間対応型訪問介護のサービス提供時間は、22時から6時まで含んでいるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 夜間対応型訪問介護のサービス提供時間は、8時から18時まで含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 訪問介護員等の員数	指定夜間対応型訪問介護事業者が当該事業を行う指定夜間対応型訪問介護事業所ごとに置くべき夜間対応型訪問介護従業者の職種及び員数は、以下のとおりとなっているか。ただし、オペレーションセンターを設置しない場合においては、オペレーションセンター従業者を置かないことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>(1)オペレーションセンター従業者</p> <p>① オペレーター</p>	<p>(1) オペレーター(指定夜間対応型訪問介護を提供する時間帯を通じて利用者からの通報を受け付ける業務に当たる従業者をいう。)として1以上及び利用者の面接その他の業務を行う者として1以上確保されるために必要な数以上となっているか。</p> <p>(2) オペレーターは、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員であるか。ただし、当該オペレーターがオペレーターとして勤務する時間以外の時間帯において、当該オペレーターとの緊密な連携を確保することにより、利用者からの通報に適切に対応できると認められる場合は、サービス提供責任者として1年以上(介護職員初任者研修過程修了者及び旧訪問介護職員養成研修2級修了者)にあっては、3年以上)従事した者をオペレーターとして充てることができることとしている。</p> <p>(3) オペレーターは専らその職務に従事する者であるか。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該夜間対応型訪問介護事業所の定期巡回サービス、同一敷地内の指定訪問介護事業所若しくは指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務又は利用者以外の者からの通報を受け付ける業務に従事することができる。</p> <p>(4) 事業所の同一敷地内に次に掲げるいずれかの施設等がある場合において、当該施設等の入所者等の処遇に支障がない場合は、(3)にかかわらず、当該施設等の職員をオペレーターとして充てることができる。事例はあるか。 (有・無)</p> <p><input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定施設 <input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>② 面接相談員</p>	<p>(5) 日中の面接等を通じて利用者の状況を把握するために配置しているか。オペレーターと同様の資格又はこれらと同等の知識経験を有する者を配置するように努めているか。 ※適切な面接を行うことができる配置であれば、夜間勤務のオペレーターや訪問介護員等が従事することで差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 定期巡回サービスを行う訪問介護員等</p>	<p>(6) 定期巡回サービスを行う訪問介護員等の員数は、交通事情、訪問頻度等を勘案し、利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等</p>	<p>(7) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等の員数は、指定夜間対応型訪問介護を提供する時間帯を通じて随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員等が1以上確保されるために必要な数以上となっているか。</p> <p>(8) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等は、専ら当該随時訪問サービスの提供に当たる者であるか。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該夜間対応型訪問介護事業所の定期巡回サービス又は同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務に従事することができる。</p> <p>(9) 当該夜間対応型訪問介護事業所の利用者に対するオペレーションセンターサービスの提供に支障がない場合は、(3)及び(8)にかかわらず、オペレーターは、随時訪問サービスに従事することができるが、事例はあるか。 (有・無)</p> <p>(10) (9)によりオペレーターが随時訪問サービスに従事している場合において、当該夜間対応型訪問介護事業所の利用者に対する随時訪問サービスの提供に支障がないときは、(7)にかかわらず、随時訪問サービスを行う訪問介護員等を置かないことができるが、事例はあるか。 (有・無)</p> <p>(11) 訪問介護員等は、介護福祉士又は介護職員初任者研修課程を修了した者に該当するか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 管理者	<p>事業者は、事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いているか。ただし、指定夜間対応型訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定夜間対応型訪問介護事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとし、日中のオペレーションセンターサービスを実施する場合であって、指定訪問介護事業者の指定を併せて受けて、一体的に運営するときは、指定訪問介護事業所の職務に従事することができるものとする。</p> <p>()と兼務</p>	□	□	□
-------	--	---	---	---

第3 設備に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 設備及び備品等	<p>(1) 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。</p> <p>(2) 事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定夜間対応型訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか。</p> <p>(3) 事業者は、利用者が円滑に通報し、迅速な対応を受けることができるよう、オペレーションセンターごとに、次に掲げる機器等を備え、必要に応じてオペレーターに当該機器等を携帯させているか。ただし、①に掲げる機器等については、指定夜間対応型訪問介護事業者が適切に利用者の心身の状況等の情報を蓄積するための体制を確保している場合であって、オペレーターが当該情報を常時閲覧できるときは、これを備えないことができる。</p> <p><input type="checkbox"/> ①利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器等 <input type="checkbox"/> ②随時適切に利用者からの通報を受けられることができる通信機器等</p> <p>(4) 事業者は、利用者が援助を必要とする状態となったときに適切にオペレーションセンターに通報できるよう、利用者に対し、通信のための端末機器を配布しているか。ただし、利用者が適切にオペレーションセンターに随時の通報を行うことができる場合は、この限りでない。</p> <p>(5) 事業者が指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定夜間対応型訪問介護の事業と指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の設備に関する基準を満たすことをもって、(2)～(4)に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。</p> <p>(6) 事務室又は区画については、利用申込の受付、相談等に体操するのに適切なスペースを確保しているか。</p> <p>(7) 手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮しているか。</p> <p>(8) 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。(扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等が望ましい)</p>	□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□

第4 運営に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 内容及び手続の説明及び同意	<p>(1) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護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、運営規程の概要、夜間対応型訪問介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ているか。</p> <p>(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要（22 運営規程の項目を参照） <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 （<input type="checkbox"/> 実施の有無、<input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日、 <input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称、<input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況） <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項</p>	□	□	□
		□	□	□

2 提供拒否の禁止	事業者は、正当な理由なく指定夜間対応型訪問介護の提供を拒んではいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定夜間対応型訪問介護を提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定夜間対応型訪問介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	(1) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の被保険者証に、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、指定夜間対応型訪問介護を提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定等の申請に係る援助	(1) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護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、申請が行われていない場合は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の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日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身の状況等の把握	事業者は、指定夜間対応型訪問介護の提供に当たっては、オペレーションセンター従業員（オペレーションセンターを設置しない場合にあては、訪問介護員等）による利用者の面接によるほか、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 指定居宅介護支援事業者等との連携	(1) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護を提供するに当たっては、指定居宅介護支援事業者その他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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	事業者は、指定夜間対応型訪問介護の提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、指定夜間対応型訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿った指定夜間対応型訪問介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 居宅サービス計画等の変更の援助	事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 身分を証する書類の携行	事業者は、夜間対応型訪問介護従業者に身分を証する書類を携行させ、面接時、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護を提供した際には、当該指定夜間対応型訪問介護の提供日及び内容、当該指定夜間対応型訪問介護について利用者によって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 利用料等の受領	(1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定夜間対応型訪問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、当該指定夜間対応型訪問介護に係る地域密着型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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定夜間対応型訪問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、指定夜間対応型訪問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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)及び(2)の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の実施地域以外の地域の居宅において指定夜間対応型訪問介護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。 事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、利用者に配布するケアコール端末に係る設置料、リース料、保守料等の費用の徴収はしていないか。 なお、利用者宅から事業所への通報に係る通信料(電話料金)は、利用者が負担すべきものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収証の発行)	(7) 利用者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収証を発行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 保険給付の請求のための証明書の交付	事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定夜間対応型訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定夜間対応型訪問介護の内容、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 指定夜間対応型訪問介護の基本取扱方針	(1) 指定夜間対応型訪問介護は、定期巡回サービスについては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定夜間対応型訪問介護は、オペレーションセンターサービス及び随時訪問サービスについては、利用者からの随時の通報に適切に対応して行われるものとし、利用者が夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(質の評価)	(3) 事業者は、自らその提供する指定夜間対応型訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 指定夜間対応型訪問介護の具体的取扱方針	(1) 定期巡回サービスの提供に当たっては、夜間対応型訪問介護計画に基づき、利用者が安心してその居宅において生活を送るのに必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 随時訪問サービスを適切に行うため、オペレーションセンター従業者は、利用者の面接及び1月ないし3月に1回程度の利用者の居宅への訪問を行い、随時利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に務め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 随時訪問サービスの提供に当たっては、夜間対応型訪問介護計画に基づき、利用者からの随時の連絡に迅速に対応し、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 指定夜間対応型訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 【条例52条5号】 夜間対応型訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術及び看護技術をもってサービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指定夜間対応型訪問介護従業者は、利用者からの連絡内容や利用者の心身の状況を勘案し、必要があると認めるときは、利用者が利用する指定訪問看護ステーションへの連絡を行う等の適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、利用者からの連絡内容や心身の状況によっては、指定夜間対応型訪問介護ではなく、医療面からの対応が必要とされる場合があることから、常に指定訪問看護ステーション等の保健医療サービスを提供する者との連携を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者から合鍵を預かる場合には、その管理を厳重に行うとともに、管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を利用者に交付しているか。 合鍵の管理方法()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 夜間対応型訪問介護計画の作成	(1) オペレーションセンター従業者(オペレーションセンターを設置しない場合については訪問介護員等。以下同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した夜間対応型訪問介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 夜間対応型訪問介護計画の作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、夜間対応型訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし(アセスメント)、これに基づき、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 夜間対応型訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問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その家族に対して説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問介護計画の目標や内容等については、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) オペレーションセンター従業者は、当該夜間対応型訪問介護計画の作成後、夜間対応型訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (1)から(6)までの規定は、(7)に規定する夜間対応型訪問介護計画の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 同居家族に対するサービス提供の禁止	事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する夜間対応型訪問介護の提供をさせていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 利用者に関する市町村への通知	事業者は、指定夜間対応型訪問介護を受けている利用者が以下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に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定夜間対応型訪問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とき。 <input type="checkbox"/> 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とき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 緊急時の対応	(1) 緊急時対応マニュアル等を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 訪問介護員等は、現に指定夜間対応型訪問介護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への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 管理者の責務	(1) 事業所の管理者は、当該事業所の従業者及び業務の管理を、一元的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所の管理者は、当該事業所の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) オペレーションセンター従業者は、事業所に対する指定夜間対応型訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 運営規程	事業者は、事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての運営規程を定めているか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定夜間対応型訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 勤務体制の確保等	(1) 事業者は、利用者に対し適切な指定夜間対応型訪問介護を提供できるよう、指定夜間対応型訪問介護事業所ごとに、夜間対応型訪問介護従業者の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所ごとに、原則として月ごとに勤務表を作成し、オペレーションセンター従業者及び訪問介護員等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(3) 事業者は、事業所ごとに、当該事業所の訪問介護員等によって定期巡回サービス及び随時訪問サービスを提供しているか。ただし、事業所が、適切に指定夜間対応型訪問介護を利用者に提供する体制を構築しており、他の指定訪問介護事業所又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（以下「指定訪問介護事業所等」という。）との密接な連携を図ることにより当該事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、市町村長が地域の実情を勘案し適切と認める範囲内において、指定夜間対応型訪問介護の事業の一部を、当該他の指定訪問介護事業所等の従業員に行わせることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) (3)にかかわらず、オペレーションセンターサービスについては、市町村長が地域の実情を勘案し適切と認める範囲内において、複数の指定夜間対応型訪問介護事業所間の契約に基づき、当該複数の指定夜間対応型訪問介護事業所が密接な連携を図ることにより、一体的に利用者又はその家族等からの通報を受けることができる。事例はあるか。（有・無）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 事業者は、訪問介護員等の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 研修年間計画策定（有・無）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修機会の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 事故対応：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理等：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束適正化：（研修年月日： 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修記録</p> <p><input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法（ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 事業者は、適切な指定夜間対応型訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより夜間対応型訪問介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までの経過措置あり）	<p>(1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定夜間対応型訪問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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者は、夜間対応型訪問介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 事業者は、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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 衛生管理等	<p>(1) 事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者は、指定夜間対応型訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 当該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、夜間対応型訪問介護従業者に周知徹底を図っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 当該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指針を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 当該事業所において、夜間対応型訪問介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 事業者は、訪問介護員等が感染源となることを予防し、また訪問介護員等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 掲示	<p>(1) 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制</p> <p><input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項</p> <p><input type="checkbox"/> 重要事項説明書</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 事業者は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該指定夜間対応型訪問介護事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、(1)による掲示に代えることができるが、このような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 秘密保持等	(1) 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、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。 <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 広告	事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に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はいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 苦情処理	(1) 事業者は、提供した指定夜間対応型訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。 苦情対応マニュアル(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、提供した指定夜間対応型訪問介護に関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(4)の改善の内容を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、提供した指定夜間対応型訪問介護に係る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するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 地域との連携等	(1) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定夜間対応型訪問介護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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定夜間対応型訪問介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定夜間対応型訪問介護の提供を行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 事故発生時の対応	(1) 事業者は、利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定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。 事故対応マニュアル(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 事業者は、利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) ひやりはっと事例報告に係る様式を作成しているか。また、その様式に記録し、保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 会計の区分	事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定夜間対応型訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定夜間対応型訪問介護事業者は、利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護計画 <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 虐待の防止（令和6年3月31日までの経過措置あり）	(1) 当該事業所における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行うことができるものとする。）を定期的に関催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること <input type="checkbox"/> ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること <input type="checkbox"/> ト ヘの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)(3)(5)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(9) 利用する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 <input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(身体的拘束等)	<p>(1) 事業所は、身体的拘束等のないケアの実現のために必要な措置を講じているか。</p> <p style="text-align: center;">身体的拘束等のマニュアル (有・無)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 身体的拘束等を行った事例があるか。</p> <p style="text-align: center;">(有・無)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 「緊急やむを得ない場合」を満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録をしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 「緊急やむを得ない場合」の以下の3要件すべてを満たしているか、また記録から読み取れるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 切迫性・・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと <input type="checkbox"/> 非代替性・・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと <input type="checkbox"/> 一時性・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 利用者本人や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等できる限り詳しく説明し、十分な理解を得よう努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) その際には、管理者等から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 身体拘束等開始後の経過観察の記録（その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由）をしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(8) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 変更の届出	<p>運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を市に提出しているか。</p> <p>※変更した日から10日以内に提出すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 電磁的記録等	<p>(1) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。このような事例はあるか。</p> <p style="text-align: center;">(有・無)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電磁的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。このような事例はあるか。</p> <p style="text-align: center;">(有・無)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）

出典：大阪府 登録特定行為事業者 自主点検表（令和2年3月16日 更新分）

○文章中、「法」とは「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年5月26日法律第30号）」を、「省令」とは「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」を指します。

項目	内容	適	不適	非該当
1 登録基準	<p>登録番号 ()</p> <p>(1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合しているか。</p> <p>①介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。</p> <p>②喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。</p> <p>③対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しているか。</p> <p>④喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。</p> <p>⑤作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。</p> <p>⑥喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出しているか。 ※報告の頻度は特に定めはないが、一定程度の頻度で行うこと</p> <p>⑦対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。</p> <p>⑧①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しをしているか。</p> <p>(2) 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されていること。その他安全かつ適正に実施するために必要な措置を講じているか。</p> <p>①喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。 ※認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉士等に対し喀痰吸引等業務を行かせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。</p> <p>②医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。 【委員会のメンバー】 ・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。 ※メンバーの職種記載</p> <p>〔 〕</p> <p>※安全委員会は、多職種から構成すること。 ※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す所掌内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可</p> <p><安全確保体制における具体的取組内容> 安全委員会等においては、以下について取り決めを行っているか。 □ 当該委員会の設置規程に関すること。 □ 喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 □ 喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 □ 喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関すること。 □ ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討 □ その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。</p> <p><安全委員会等の運用上の留意事項> 安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。 □ 安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 □ 当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。 ※喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。</p> <p>③喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。</p>			

	④備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 登録の変更に関する事項	登録の変更は適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称 <input type="checkbox"/> 法人の住所 <input type="checkbox"/> 法人の代表者 <input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 業務方法書 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/> 登録特定行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第6 業務管理体制の整備

項目	内 容	適	不適	非該当
1 業務管理体制整備に係る届出書の提出	事業者（法人）において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出しているか。 ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】 法令遵守責任者の届出 （ 済 ・ 未 ） 所属・職名 （ ） 氏 名 （ ） ② 法令遵守規程の整備【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】 ①に加えて、規程の概要の届出 （ 済 ・ 未 ） ③ 業務執行の状況の監査の定期的な実施 【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】 ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出 （ 済 ・ 未 ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出事項に変更があったときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。 ※ 事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、届出が必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ているか。 ※所管庁（届出先） ◎指定事業所又は施設が3以上の都道府県に所在する事業者 ・・・厚生労働大臣（厚生労働省老健局） ◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在し、かつ2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者 ・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事 ◎すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者 ・・・豊中市長（長寿社会政策課） ◎上記以外の事業者 ・・・大阪府知事（福祉部高齢介護室介護事業者課）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第7 介護給付費の算定及び取扱い

項目	内 容	適	不適	非該当
1 夜間対応型訪問介護費（I）	(1) オペレーションセンターを設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（基本夜間対応型訪問介護費）	(2) オペレーションセンターに通報できる端末機器を配布し、利用者からの通報を受けることができる体制を整備している場合に、1月につき算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（定期巡回サービス費）	(3) 利用者に対して、事業所の訪問介護員等が、定期巡回サービスを行った場合に、1回につき所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（随時訪問サービス費（I））	(4) 利用者に対して、事業所の訪問介護員等が、随時訪問サービスを行った場合に、1回につき所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(随時訪問サービス費(Ⅱ))	(5) 次のいずれかに該当する場合において、1人の利用者に対して2人の事業所の訪問介護員等により随時訪問サービスを行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、随時訪問サービスを行った場合に、1回につき所定単位数を算定しているか。 <input type="checkbox"/> ①利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合 <input type="checkbox"/> ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 <input type="checkbox"/> ③長期間にわたり定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない利用者からの通報を受けて、随時訪問サービスを行う場合 <input type="checkbox"/> ④その他利用者の状況等から判断して、①～③までのいずれかに準ずると認められる場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(月途中の日数の数え方)	(6) 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)を算定する場合については、月途中からの利用開始又は月途中での利用終了の場合には、基本夜間対応型訪問介護費に係る所定単位数を日割り計算して得た単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(夜間対応型訪問介護と通常の訪問介護の併用)	(7) 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)を算定する事業所を利用している者については、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)における定期巡回サービス及び随時訪問サービスは出来高による算定であることから、他の訪問介護事業所のサービスを利用していた場合でも、当該夜間対応型訪問介護事業所における定期巡回サービス費又は随時訪問サービス費及び他の訪問介護事業所における訪問介護費の算定をともに行っている事例があるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)	(1) オペレーションセンターを設置していないか。 ただし、オペレーションセンターを設置している事業所であっても、(Ⅰ)に代えて(Ⅱ)を算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(月途中の日数の数え方)	(2) 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する場合については、月途中からの利用開始又は月途中での利用終了の場合には、所定単位数を日割り計算して得た単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(夜間対応型訪問介護と通常の訪問介護の併用)	(3) 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する事業所においては、定期巡回サービスを含めて1月当たりの包括報酬であることから、当該夜間対応型訪問介護事業所の営業日及び営業時間において他の訪問介護事業所のサービスを利用していた場合は、当該他の訪問介護事業所における訪問介護費を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 24時間通報対応加算	(1) 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)について、(2)から(5)に適合している指定夜間対応型訪問介護事業所が日中においてオペレーションセンターサービスを行う場合は、算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 日中においてオペレーションセンターサービスを行うために必要な人員を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者からの通報を受け、緊急の対応が必要と認められる場合に連携する指定訪問介護事業所に速やかに連絡する体制を確保し、必要に応じて指定訪問介護が実施されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者の日中における居宅サービスの利用状況等を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者からの通報について、通報日時、通報内容、具体的対応の内容について記録を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 本加算を算定する利用者は、夜間対応型訪問介護事業所と連携体制をとっている訪問介護事業所(複数ある場合は全ての事業所)と事前にサービスの利用に係る契約を締結しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業所は、緊急の訪問が必要と判断される場合において、対応が可能となるよう、訪問介護事業所の具体的な対応体制について定期的に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 同一敷地内建物等減算	(1) 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物(以下「同一敷地内建物等」という。)に居住する利用者(事業所における1月あたりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。)又は事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く。)に居住する利用者に対して、指定夜間対応型訪問介護を行った場合に、定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に算定する所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定夜間対応型訪問介護を行った場合に、定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に算定する所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 サービス提供体制強化加算 (I)	(1) 指定夜間対応型訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議」には、当該事業所の従業者の全てが参加しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 会議の開催状況について、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」には、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービスの提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所の全ての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次のいずれかに適合すること。 <input type="checkbox"/> (一) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 サービス提供体制強化加算 (II)	(1) 指定夜間対応型訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議」には、当該事業所の従業者の全てが参加しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 会議の開催状況について、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」には、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービスの提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所の全ての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が100分の60以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 サービス提供体制強化加算 (III)	(1) 指定夜間対応型訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議」には、当該事業所の従業者の全てが参加しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 会議の開催状況について、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」には、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービスの提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所の全ての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次のいずれかに適合すること。 <input type="checkbox"/> (一) 指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の30以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が100分の50以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 介護職員処遇改善加算(I)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けているか。 <input type="checkbox"/> (六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 介護職員処遇改善加算(II)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 【キャリアパス要件Ⅰ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> b aについて全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) サービス提供体制強化加算(I)又は(II)のいずれかを届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 介護職員処遇改善加算(I)から(III)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 介護職員等特定処遇改善加算(II)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 介護職員等ベースアップ等 支援加算	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定夜間対応型訪問介護事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。 ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 夜間対応型訪問介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>