

(別紙46)

## 記 載 例

夜間支援体制加算に係る届出書（（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所）

|       |                                                                                             |                               |                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  | △△△△                                                                                        |                               |                               |
| 異動等区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 新規                                                    | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 夜間支援体制加算（Ⅰ）<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 夜間支援体制加算（Ⅱ） |                               |                               |

### 1 夜間支援体制加算に係る届出内容

|                                                                                                  |   |                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 共同生活住居の数                                                                                       |   | 有 ・ 無<br><input checked="" type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 2 ユニット                                                                                           |   |                                                                                                                                                                                                             |
| ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。                                                                         |   |                                                                                                                                                                                                             |
| ③ 共同生活住居1ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業者を配置している。                                                       |   |                                                                                                                                                                                                             |
| ④ ③へ加配をしている。                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                             |
| イ 常勤換算方法で1人以上の夜勤を行う介護従業者                                                                         | 1 | ロに該当する場合は下も記入してください。                                                                                                                                                                                        |
| ロ 見守り機器等を導入した場合で<br>常勤換算方法で0.9人以上の夜勤を行う介護従業者<br>※「2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目における必要事項」も記入すること。 |   |                                                                                                                                                                                                             |
| ハ 事業所内で宿直勤務に当たる者が1以上                                                                             | 1 |                                                                                                                                                                                                             |

### 2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目における必要事項

|                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 利用者数                                                              |  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| 人                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |
| ② 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数                                           |  |                                                                                                                                                                            |
| 人                                                                   |  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ ①に占める②の割合                                                         |  |                                                                                                                                                                            |
| ％ → 10％以上                                                           |  |                                                                                                                                                                            |
| ④ 導入機器                                                              |  |                                                                                                                                                                            |
| 名 称                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |
| 製造事業者                                                               |  |                                                                                                                                                                            |
| 用 途                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |
| ⑤ 導入機器の継続的な使用（9週間以上）                                                |  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
| ⑥ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている。 |  |                                                                                                                                                                            |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。