

自主点検シート（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

自主点検項目	自主点検のポイント	回答欄	町点検結果	特記事項
第1 基本方針				
1 一般原則	<p>① 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。</p> <p>② 事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、町、他の地域密着型サービス事業者（地域密着型介護予防サービス事業者）又は居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。</p> <p>③ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。</p> <p>④ サービス提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。</p> <p>⑤ 事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ますか。</p> <p>※ 高齢者虐待に該当する行為 ア 利用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。 イ 利用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利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 ウ 利用者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他利用者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと エ 利用者にわいせつな行為をすること又は利用者をしてわいせつな行為をさせること。 オ 利用者の財産を不当に処分することその他当該利用者から不当に財産上の利益を得ること。</p> <p>⑥ 高齢者虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、町に通報していますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
2 基本方針	<p>① 運営方針は基本方針に沿ったものとなっていますか。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護 要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、サービスの拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければなりません。</p> <p>※ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護 利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければなりません。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）は、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせてサービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するものです。</p> <p>※ 障がい者を受け入れる共生型の事業所は、障害者総合支援法基準該当サービス及び構造改革特区として認めており、受け入れの形態に応じて各制度の規定に従う必要があります。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	

<p>3 サテライト事業所</p>	<p>(1) 定義</p> <p>※ 本体事業所</p> <p>他の事業所の指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の提供に対する支援を行うものです。設置には、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有する必要があります。</p> <p>※ サテライト事業所</p> <p>本体事業所との密接な連携下で運営されるものです。</p> <p>(2) サテライト事業所の実施要件</p> <p>※ サテライト事業所に係る事業者は、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有するものである必要がありますが、この場合、指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）以外の事業の経験についても算入できることに留意してください。また、3年以上の経験については、指定日において満たしている必要があり、休止等、事業を運営していない期間は除いて計算してください。</p> <p>※ 本体事業所が次のいずれかに該当する必要があります。</p> <p>ア 事業開始以降1年以上の実績を有すること。</p> <p>イ 本体事業所の登録者数が、定められた登録定員の100分の70を超えたことがあること。</p> <p>※ サテライト事業所は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次の要件をいずれも満たす必要があります。</p> <p>ア 本体事業所とサテライト事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の近距離であること。</p> <p>イ 1つの本体事業所に係るサテライト事業所の数は2か所までとする。</p> <p>※ 本体事業所とサテライト事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ましいが、隣接する町町村における指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所）又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を本体事業所とすることも差し支えありません。</p>			
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

第2 人員に関する基準

<p>1 従業者の員数等</p>	<p>※ 常勤</p> <p>当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）に達していることをいうものです。</p> <p>※ 常勤換算方法</p> <p>当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものです。</p> <p>この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスの従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が通所介護と訪問介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業員が介護職員と訪問介護員を兼務する場合、介護職員の勤務延時間数には、介護職員としての勤務時間だけを算入することとなるものです。ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号、以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことができます。</p> <p>① 夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に、事業所ごとに置くべき従業者の員数は、次のとおりとなっていますか</p> <p>ア 通いサービスの利用者の数が3又はその端数を増すごとに常勤換算方法で1以上</p> <p>イ 訪問サービスの提供に当たる従業者を常勤換算方法で1以上</p> <p>※ 通いサービスとは、登録者を事業所に通わせて行うサービスをいいます。</p> <p>※ 登録者とは、サービスを利用するために事業所に登録を受けた者をいいます。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--

※	訪問サービスとは、従業者が登録者の居宅を訪問し、居宅において行うサービスをいいます。
※	本体事業所の場合、サテライト事業所の登録者の居宅において行うサービスを含みます。
※	サテライト事業所の場合、本体事業所・他のサテライト事業所の登録者の居宅において行うサービスを含みます。
※	宿泊サービスとは、登録者を事業所に宿泊させて行うサービスをいいます。
※	本体事業所にあつては、登録者の心身の状況を勘案し、その処遇に支障がない場合に、サテライト事業所の登録者を本体事業所に宿泊させて行うサービスを含みます。
※	通いサービスの利用者数は、前年度の平均値とします。
※	新規に指定を受ける場合は、通いサービスの利用者の数は推定数によります。
※	従業者については、介護福祉士や訪問介護員の資格等は必ずしも必要としませんが、介護等に対する知識、経験を有する者であることを原則とします。これ以外の従業者にあつても研修の機会を確保することなどにより質の向上を図ってください。
※	例えば、通いサービスの定員を15名とし、日中の勤務帯を午前6時から午後9時までの15時間、常勤の職員の勤務時間を8時間とした場合、常勤換算方法で通いの利用者3人に対して1名の従業者を配置すればよいことから、通いの利用者が15名の場合、日中の常勤の従業者は5名となり、日中の15時間の間に、8時間×5人＝延べ40時間分のサービスが提供されていることが必要です。
※	日中については、常勤換算方法で1名以上に訪問サービスの提供を行わせ、夜間については、夜勤1名＋宿直1名に宿泊サービス及び夜間の訪問サービスに当たらせるために必要な従業者を、事業所全体として確保することが必要です。
※	通いサービスに要する時間（延べ40時間）、日中の訪問サービスに要する時間（8時間）、夜勤及び宿直職員の勤務時間を合計した延べサービス時間を確保することができるよう、有給休暇、研修時間、常勤・非常勤の別、サービス提供のあり方など、各事業所で定める諸条件を踏まえた上で、実際に配置しなければならない職員数を確保することが必要です。
※	日中であれば通いサービスを行うために3：1以上、訪問サービスを行うために1以上をそれぞれのサービスに固定しなければならないという趣旨ではなく、日中勤務している従事者全体で通いサービス及び訪問サービスを行ってください。
※	日々の通いサービスの実際の職員配置については、その日ごとの状況に応じて判断する必要がありますが、単に通いサービスの利用者がいないからといって職員を配置しないということではなく、通いサービスを利用しない者に対する訪問サービスも含め、利用者に何らかの形で関わることのできるような職員配置に努めてください。
※	訪問サービスの従業者を、事業所から離れた特別養護老人ホーム等の職員が行う形態は認められません。特別養護老人ホーム等における職員が非常勤である場合には、非常勤として勤務する以外の時間帯に事業所に勤務し、通いサービスや宿泊サービスも含めた業務を行うことは差し支えありません。

<p>※ サテライト事業所に置くべき訪問サービスの提供に当たる従業者については、本体事業所の職員によりサテライト事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、1名以上とすることができます。</p>			
<p>※ サテライト事業所においては、訪問サービスを行う従業者を常勤換算方法で1以上ではなく、1名以上配置することで足りることとしています。</p>			
<p>※ 本体事業所とサテライト事業所における訪問サービスは一体的に提供することが可能であり、本体事業所の従業者はサテライト事業所の登録者に対し、サテライト事業所の従業者は本体事業所及び他のサテライト事業所の登録者に対し、それぞれ訪問サービスを提供できます。</p>			
<p>② 夜間及び深夜の時間帯を通じて、事業所ごとに置くべき従業者の員数は、次のとおりとなっていますか。 ア 1以上の従業者に夜間及び深夜の勤務（宿直勤務を除く。）を行わせるために必要な数以上 イ 1以上の従業者に宿直勤務を行わせるために必要な数以上</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>※ 夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所ごとに、宿泊サービスの利用者の生活サイクル等に応じて設定するものとし、これに対応して、夜間及び深夜の時間帯以外のサービスの提供に必要な従業者及び宿直勤務又は夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な従業者を確保してください。</p>			
<p>※ 夜間及び深夜の時間帯の設定に当たっては、「社会福祉施設における宿直勤務の取扱いについて」（昭和49年8月20日社施第160号社会局施設課長、児童家庭局企画課長連名通知）に準じて適切に行ってください。</p>			
<p>※ 宿泊サービスの利用者が1人であっても、訪問サービス対応のため、夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜勤1名と宿直1名の計2名が最低必要となります。</p>			
<p>※ 宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて夜間及び深夜の勤務並びに宿直勤務に当たる従業者を置かないことができます。</p>			
<p>※ 宿直職員は、主として登録者からの連絡を受けての訪問サービスに対応するために配置されるものであるため、連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はありません。</p>			
<p>※ サテライト事業所については、本体事業所の夜間及び深夜の時間帯を通じて宿直勤務を行う従業者又は看護小規模多機能型居宅介護従業者により、サテライト事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて宿直勤務を行う従業者を置かないことができます。</p>			
<p>※ 本体事業所においてサテライト事業所の登録者を宿泊させる際は、本体事業所との行事等の共同実施や、本体事業所の従業者による訪問サービスの提供により、本体事業所の従業者とのなじみの関係の構築を行うよう努めてください。本体事業所の登録者がサテライト事業所の宿泊サービスを受けることは認められていません。</p>			

<p>③ 従業者のうち1以上の者は、常勤となっていますか。</p> <p>※ 次の施設等が併設されている場合において、事業所の人員に関する基準を満たす従業者を置くほか、次のアからオの施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、小規模多機能居宅介護事業所の介護職員は施設等の職務に従事することができます。</p> <p>ア 指定認知症対応型共同生活介護事業所 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所) イ 指定地域密着型特定施設 ウ 指定地域密着型介護老人福祉施設 エ 介護医療院 オ 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 カ 指定地域密着型通所介護事業所 キ 指定認知症対応型通所介護事業所 ク 指定介護老人福祉施設 ケ 介護老人保健施設 コ 介護医療院</p> <p>※ 居住機能を担う施設に移行してからも、なじみの関係を保てるよう、事業所と施設等は、人員としては一体のものとして、運営することが認められています。</p> <p>※ 「同一敷地内」とは、同一敷地内又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の看護職員の業務に支障がないと認められる範囲内にある場合をいいます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>④ 従業者のうち1以上の者は、看護師又は准看護師となっていますか。</p> <p>※ 看護師又は准看護師は、常勤を要件としていませんので、毎日配置していなければいけないということではありません。</p> <p>※ サテライト事業所については、本体事業所の看護師又は准看護師により、登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、看護師又は准看護師を置かないことができます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑤ 居宅サービス計画（介護予防サービス計画）及び小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）の作成に専ら従事する介護支援専門員を置いていますか。</p> <p>※ 介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合、事業所の他の職務又は併設する施設等の職務に従事することや管理者との兼務ができます。</p> <p>※ 介護支援専門員は非常勤でも差し支えありません。</p> <p>※ 介護支援専門員は、基本的に下記に従事するものです。</p> <p>ア 登録者の小規模多機能型居宅介護以外の居宅サービスを含めた居宅サービス計画の作成 イ 法定代理受領の要件である小規模多機能型居宅介護の利用に関する町町村への届出の代行 ウ 具体的なサービス内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画の作成の業務</p> <p>※ サテライト事業所については、本体事業所の介護支援専門員により、居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する⑥の研修了者を置くことができます。</p> <p>※ サテライト事業所の計画作成担当者（介護支援専門員を置く場合を除く。）は、小規模多機能型居宅介護計画の作成に従事するものであり、居宅サービス計画の作成及び町町村への届出の代行については、本体事業所の介護支援専門員が行わなければなりません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>⑥ 介護支援専門員は、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了していますか。</p> <p>※ 介護支援専門員は、指定を受ける際（指定を受けた後に介護支援専門員の変更の届出を行う場合を含む。）に、113号告示第三号に規定する研修を修了しているものとします。当該研修は具体的には地域密着研修通知2の（1）の①の「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を指しています。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>2 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業の人員基準</p>	<p>※ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が指定小規模多機能型居宅介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業と指定小規模多機能型居宅介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、指定小規模多機能型居宅介護事業の人員基準を満たすことをもって、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業の人員基準を満たしているものとみなすことができます。</p>			
<p>3 管理者</p>	<p>① 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ますか。</p> <p>※ 次の場合であって、事業所の管理上支障がない場合は、事業所の他の職務に従事することができます。</p> <p>ア 事業所の従業者としての職務に従事する場合 イ 事業所に併設する施設等の職務に従事する場合 ウ 同一敷地内の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務に従事する場合 エ 介護予防・日常生活支援総合事業（第1号介護予防支援事業を除く。）に従事する場合</p> <p>※ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、指定夜間対応型訪問介護事業者、指定訪問介護事業者又は指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、一体的な運営を行っている場合には、これらの事業に係る職務を含みます。</p> <p>※ 管理上支障がない場合は、サテライト事業所の管理者は、本体事業所の管理者をもって充てることができます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 管理者は、下記の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していますか。</p> <p>ア 特別養護老人ホーム イ 老人デイサービスセンター ウ 介護老人保健施設 エ 介護医療院 オ 指定小規模多機能型居宅介護事業所 （指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所） カ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 （指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所） キ 指定複合型サービス事業所</p> <p>※ 管理者としての資質を確保するために、指定を受ける際（指定を受けた後に管理者の変更の届出を行う場合を含む。）に、113号告示第三号に規定する研修を修了しているものとします。具体的には地域密着研修通知1の（1）の「認知症対応型サービス事業管理者研修」を指しています。ただし、管理者の変更の届出を行う場合、管理者交代時の都道府県における研修の開催状況等を踏まえ、新たに管理者を配置し、かつ、町町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い当該管理者が研修を修了することが確実に見込まれる場合、当該管理者が研修を修了していない場合であっても差し支えありません。</p> <p>※ サテライト事業所の管理者は本体事業所の管理者を充てることができることとされていますが、本体事業所が指定複合型サービス事業所である場合、管理者が保健師又は看護師であるときは、研修を修了している必要があります。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

<p>4 代表者</p>	<p>① 代表者は、下記の従業者若しくは訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していますか。</p> <p>ア 特別養護老人ホーム イ 老人デイサービスセンター ウ 介護老人保健施設 エ 介護医療院 オ 指定小規模多機能型居宅介護事業所 (指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所) カ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所) キ 指定複合型サービス事業所</p> <p>※ 事業者の代表者とは、基本的には、運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えありません。したがって、事業所の指定申請書に記載する代表者と異なることはあり得ます。なお、管理者とは、各事業所の責任者を指すもので、各法人の代表者とは異なりますが、例えば、法人が1つの介護サービス事業所のみを運営する場合は、代表者と管理者が同一であることもあります。</p> <p>※ 携わった経験とは、事業所等の職員か訪問介護員等として認知症高齢者の介護に携わった経験や、あるいは、保健医療サービスや福祉サービスの経営に直接携わったことがあればよく、一律の経験年数の制約は設けていません。経験の有無は個々のケースごとに判断するものとします。これらのサービスは、高齢者に対して直接ケアを行っているものを想定しており、医療系サービスとしては医療機関や訪問看護ステーションなど、福祉サービスとしては特別養護老人ホームなどが考えられます。</p> <p>※ 代表者としての資質を確保するために、指定を受ける際（指定を受けた後に代表者の変更の届出を行う場合を含む。）に、113号告示第四号に規定する研修を修了しているものとします。なお、当該研修は具体的には地域密着研修通知3の（1）の「認知症対応型サービス事業開設者研修」を指しています。</p> <p>※ 認知症対応型サービス事業開設者研修とは、事業所の運営に必要な認知症に関する基本的な知識、権利擁護その他の事項に関する知識や技術を習得するための研修で「認知症介護実践者等養成事業の実施について」「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に基づき実施される研修をいいます。</p> <p>※ サテライト事業所の代表者は本体事業所の代表者であることが望ましいですが、本体事業所が指定複合型サービス事業所である場合であって、代表者が保健師又は看護師であり、研修を修了していないときは、別の研修修了者をサテライト事業所の代表者とする必要があります。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--

第3 設備に関する基準

<p>1 登録定員及び利用定員</p>	<p>① 登録定員は29人（サテライト事業所の場合は18人）以下となっていますか。</p> <p>※ 登録定員とは登録者の数の上限をいいます。</p> <p>※ 利用者との関係性を築きながらサービスを提供する観点から、利用者は1か所の事業所に限り登録を行うことができず、複数の事業所の利用は認められません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--

	<p>② 次の範囲内において、通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を定めていますか。</p> <p>ア 通いサービス 登録定員の2分の1から15人（登録定員が26人以上29人以下の事業所で、居間及び食堂を合計した面積が「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ（利用者1人当たり3㎡以上）が確保される場合」は、登録定員に応じて次に定める利用定員、サテライト事業所の場合は12人）まで。</p> <table border="1" data-bbox="363 320 711 470"> <thead> <tr> <th>【登録定員】</th> <th>【利用定員】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26人又は27人</td> <td>16人</td> </tr> <tr> <td>28人</td> <td>17人</td> </tr> <tr> <td>29人</td> <td>18人</td> </tr> </tbody> </table> <p>イ 宿泊サービス いサービスの利用定員の3分の1から9人（サテライト事業所の場合は6人）まで</p> <p>※ 利用定員とは事業所におけるサービスごとの1日当たりの利用者の数の上限をいうものであり、1日あたりの延べ人数ではないことに留意してください。</p> <p>※ 事業所に併設している有料老人ホームの入居者が指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）を利用することは可能です。ただし、特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）を受けている間は、介護報酬は算定できません。</p> <p>※ 養護老人ホームは措置費の下で施設サービスとして基礎的な生活支援が行われているところであり、養護老人ホームの入所者が指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）を利用することは想定していません。</p>	【登録定員】	【利用定員】	26人又は27人	16人	28人	17人	29人	18人	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
【登録定員】	【利用定員】											
26人又は27人	16人											
28人	17人											
29人	18人											
<p>2 設備及び備品</p>	<p>① 居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、洗面設備、便所、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備その他サービスの提供に必要な設備及び備品等を備えていますか。</p> <p>※ 原則として1つの建物につき、1つの事業所としますが、利用者の利便のため、利用者に身近な社会資源（既存施設）を活用して、事業所の従業者が既存施設に向いてサービスを提供する場合には、これらを事業所の一部とみなして設備基準を適用します。</p> <p>※ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。</p> <p>② 居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有していますか。</p> <p>※ 居間及び食堂は同一の室内とする場合であっても、居間、食堂のそれぞれの機能が独立していることが望まれます。</p> <p>※ 広さについても原則として利用者及び従業者が一堂に会するのに十分な広さを確保してください。 なお、通いサービスの利用定員について15人を超えて定める指定小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、居間及び食堂を合計した面積は、利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ（1人当たり3㎡以上）を確保することが必要です。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否									
	<p>③ 1つの宿泊室の定員は、1人となっていますか。</p> <p>※ 利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができます。</p> <p>※ 民家等の既存施設を活用した効率的なサービス提供等を可能とする観点から、宿泊専用の個室がない場合であっても、宿泊室についてプライバシーが確保されたつくりになっていれば差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否									

<p>※ プライバシーが確保されたものとは、例えば、パーティションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるようなものである必要がありますが、壁やふすまのような建具まで要するということではありません。ただし、カーテンはプライバシーが確保されたものとは考えにくいことから認められません。</p>			
<p>④ 1つの宿泊室の床面積は、7.43㎡以上となっていますか。</p> <p>※ 利用者が泊まるスペースは、基本的に1人当たり7.43㎡程度あり、その構造がプライバシーを確保したものであることが必要であることから、例えば、6畳間であれば、基本的に1人を宿泊させることになります。ただし、利用者の希望等により、6畳間で一時的に2人を宿泊させるという状態があったとしても、そのことをもって直ちに基準違反となるものではないことに留意してください。</p> <p>※ 他の利用者が通らない宿泊室と連続した縁側等については、宿泊室の面積に含めて差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑤ 個室以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、おおむね7.43㎡に宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上となっていますか。</p> <p>※ 構造は利用者のプライバシーが確保されたものでなければなりません。</p> <p>※ 居間はプライバシーが確保されたものであれば、個室以外の宿泊室の面積に含めて差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑥ 設備は、専ら指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の事業の用に供するものとなっていますか。</p> <p>※ 利用者に対するサービスの提供に支障がない場合は、この限りではありません。</p> <p>※ 指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）の居間を指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の居間として共用することは、入居者の生活空間であることから共用は認められません。ただし、事業所が小規模である場合（通いサービスと指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）の定員の合計が15名以下である場合）などで、指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）の居間として必要なものが確保されており、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有している場合は、共用としても差し支えありません。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の居間及び食堂を指定通所介護等の機能訓練室、食堂及び法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の交流スペースとして共用することは認められませんが、浴室、トイレ等を共用することは差し支えありません。指定通所介護事業所等の浴室を活用する場合、指定通所介護事業所等の利用者が利用している時間帯に事業所の利用者が利用できない取扱いとするなど画一的な取扱いを行わないでください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑦ 利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、事業所は、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしていますか。</p> <p>※ 事業所の立地については、利用者に対して、家庭的な雰囲気によるサービスを提供すること、また、地域との交流を図ることによる社会との結びつきを確保することなどのため、住宅地の中にあること又は住宅地と同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中にあることが必要です。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

第4 運営に関する基準

<p>1 内容及び手続の説明及び同意</p>	<p>① 利用者に対し適切なサービスを提供するため、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又は家族に対し、利用申込者がサービスを選択するために必要な以下の重要事項等について、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、サービスの提供を受けることにつき同意を得ていますか。</p> <p>ア 運営規程の概要 イ 従業者の勤務体制 ウ 事故発生時の対応 エ 苦情処理の体制 オ 第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）</p> <p>※ 他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えありません。</p> <p>※ 従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、規程を定めるに当たっては、人員基準上の員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載して差し支えありません。</p> <p>※ 同意については、書面により確認することが適当です</p> <p>※ 特に、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における指定訪問看護事業所との連携の内容や、他の指定訪問介護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所に事業の一部委託を行う場合の委託業務の内容、他の事業所と一体的に随時対応サービスを行う場合の事業所間の連携の内容等について十分な説明を行わなければなりません。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>2 提供拒否の禁止</p>	<p>① 正当な理由なくサービスの提供を拒んでいませんか。</p> <p>※ 特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されています。</p> <p>※ 提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、次のとおりです。 ア 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 イ 利用申込者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合 ウ その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>3 サービス提供困難時の対応</p>	<p>① 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サービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）への連絡、適当な他の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ますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>4 受給資格等の確認</p>	<p>① サービスの提供を求められた場合は、被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定（要支援認定）の有無及び有効期間を確かめていますか。</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、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ますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	

5 要介護認定（要支援認定）の申請に係る援助	① サービスの提供の開始に際し、要介護認定（要支援認定）を受けていない利用申込者については、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、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※ 申請がなされていれば、要介護認定（要支援認定）の効力が申請時に遡ることにより、サービスの利用に係る費用が保険給付の対象となる場合があります。			
	② 要介護認定（要支援認定）の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する日の30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※ 認定の有効期間が原則として6か月ごとに終了し、継続して保険給付を受けるためには更新認定を受ける必要があります。また、申請の日から30日以内に認定が行われます。			
6 心身の状況等の把握	① 介護支援専門員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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※ サービス担当者会議 介護支援専門員が居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の原案に位置付けた指定居宅サービス（指定介護予防サービス）等の担当者を召集して行う会議をいいます。			
	② サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この場合において、利用者等が当該サービス担当者会議に参加するときは、介護支援専門員は、テレビ電話装置等の活用について、当該利用者等の同意を得ていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
7 居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）等との連携	① サービスを提供するに当たっては、居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※ 事業所の介護支援専門員が登録者の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）を作成し、指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）以外の指定居宅サービス（指定介護予防サービス）について給付管理を行うとされていることから、指定居宅サービス事業者（指定介護予防サービス事業者）とは連携を密にしておかなければなりません。			
	② サービスを提供するに当たっては、利用者の健康管理を適切に行うため、主治の医師との密接な連携に努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③ サービスの提供の終了に際しては、利用者又は家族に対して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）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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
8 身分を証する書類の携行	① 利用者が安心して訪問サービスの提供を受けられるよう、従業者に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又は家族から求められたときは、提示すべき旨を指導していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※ 身分を証する書類には、事業所の名称、訪問サービスの提供に当たる者の氏名を記載するものとし、写真の貼付や職能の記載を行うことが望まれます。			

9 サービス提供の記録	①	<p>サービスを提供した際には、サービスの提供日及び内容、利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費（地域密着型介護予防サービス費）の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	<p>利用者及びサービス事業者が、その時点での区分支給限度基準額との関係やサービスの利用状況を把握できるようにするために、サービスを提供した際には、サービスの提供日、サービス内容（例えば定期巡回サービス及び随時訪問サービスの別）、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の書面又はサービス利用票等に記載しなければなりません。</p>			
	②	<p>サービス事業者間の密接な連携等を図るため、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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	<p>その他適切な方法とは、例えば、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法です。</p>			
	※	<p>提供した具体的なサービスの内容等の記録は、5年間保存しなければなりません。</p>			
10 利用料等の受領	①	<p>法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、居宅介護サービス費用基準額（介護予防サービス費用基準額）の1割、2割又は3割（法の規定により保険給付の率が9割、8割又は7割でない場合については、それに応じた割合）の支払を受けていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	②	<p>法定代理受領サービスに該当しないサービス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、地域密着型介護サービス費用基準額（地域密着型介護予防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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	<p>利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはなりません。</p>			
	※	<p>そもそも介護保険給付の対象となるサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えありません。</p> <p>ア 指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の事業とは別事業であり、介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。</p> <p>イ 事業の目的、運営方針、利用料等が、運営規程とは別に定められていること。</p> <p>ウ 指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の事業の会計と区分していること。</p>			
	③	<p>①、②の支払を受ける額のほか、次の費用以外の費用の支払を利用者から受けていませんか。</p> <p>ア 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用</p> <p>イ 利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合、要した交通費の額</p> <p>ウ 食事の提供に要する費用</p> <p>エ 宿泊に要する費用</p> <p>オ おむつ代</p> <p>カ アからオまでのほか、サービスの提供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> a 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用</p> <p> b 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	<p>保険給付の対象とな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ることは認められません。</p>			

<p>※ その他の日常生活費の趣旨に鑑み、事業者が利用者からカの徴収を行うには、次の基準が遵守されなければなりません。</p> <p>ア その他の日常生活費の対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。</p> <p>イ お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。</p> <p>ウ 利用者又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず、受領について利用者又は家族等に事前に十分な説明を行い、同意を得なければならないこと。</p> <p>エ その他の日常生活費の受領は、対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われるべきものであること。</p> <p>オ その他の日常生活費の対象となる便宜及び額は、運営規程において定められなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、見やすい場所に掲示されなければならないこと。ただし、都度変動する性質のものである場合には、実費という形の定め方が許されるものであること。</p>			
<p>④ 食事の提供に要する費用の額については、次の指針に沿っていますか。</p> <p>ア 事業所における食事の提供に係る契約の適正な締結を確保するため、次の手続を行うこと。</p> <p> a 契約の締結にあたっては、利用者又は家族に対し、契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。</p> <p> b 契約の内容について、利用者から文書により同意を得ること。</p> <p> c 食事の提供に係る利用料について、具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに事業所の見やすい場所に掲示を行うこと。</p> <p>イ 食事の提供に係る利用料は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とすること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑤ 宿泊に要する費用の額については、次の指針に沿っていますか。</p> <p>ア 事業所における滞在に係る契約の適正な締結を確保するため、次の手続を行うこと。</p> <p> a 契約の締結に当たっては、利用者又は家族に対し、契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。</p> <p> b 契約の内容について、利用者から文書で同意を得ること。</p> <p> c 宿泊に係る利用料について、具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに事業所の見やすい場所に掲示を行うこと。</p> <p>イ 宿泊に係る利用料は、居住環境の違いに応じて、それぞれ次の額を基本とすること。</p> <p> a 居室の内定員が1人のもの→室料及び光熱水費に相当する額</p> <p> b 居室のうち定員が2人以上のもの→光熱水費に相当する額</p> <p>ウ 宿泊に係る利用料の水準の設定に当たって勘案すべき事項は、次のとおりとすること。</p> <p> a 利用者が利用する施設の建設費用（修繕費用、維持費用等を含み、公的助成の有無についても勘案すること。）</p> <p> b 近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑥ 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、利用者又は家族に対し、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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>※ 交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又は家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。</p>			
<p>※ 日常生活費等に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又は家族に対し、サービスの内容及び費用の額について懇切丁寧に説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。同意については、利用者及び事業者双方の保護の立場から、サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者の署名を受けることにより行うものとします。</p>			

	<p>※ この同意書による確認は、日常生活費等の実費の受領の必要が生じるごとに、受領のたびに逐次行う必要はなく、利用又は入所の申込み時の重要事項説明に際し、日常生活費等に係る具体的なサービス内容及び費用の額について説明を行い、これらを明示した同意書により包括的に確認をすることが基本となりますが、以後同意書に記載されていない日常生活費等について別途受領する必要が生じたときは、その都度同意書により確認するものとします。</p> <p>※ 日常生活費等に係るサービスについては、運営基準に基づき、サービス内容及び費用の額を運営規程において定めなければならない、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示しなくてはなりません。</p>			
	<p>⑦ サービスの提供に要した費用につき、支払を受ける際、利用者に対し、領収証を交付していますか。</p> <p>※ 領収証には、サービスの提供に要した費用の額・食事の提供に要した費用の額・滞在に要した費用の額・その他の費用の額を区分して記載しなければなりません。また、その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければなりません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
11 保険給付の請求のための証明書の交付	<p>① 利用者が町村に対する保険給付の請求を容易に行えるよう、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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
12 指定小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針	<p>① 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、目標を設定し、計画的にサービスを行っていますか。</p> <p>② 事業者は、自らその提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
13 指定小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針	<p>① 利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切にサービスを行っていますか。</p> <p>※ 制度上は週1回程度の利用でも所定点数の算定は可能ですが、利用者負担等も勘案すれば、このような利用は必ずしも合理的ではなく、運営推進会議に通いサービスの回数等を報告し、適切なサービス提供であるかどうかの評価を受けることが必要です。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護は、弾力的なサービス提供が基本であることから、宿泊サービスの上限は設けていません。重度の者であれば、運営推進会議に対し報告し、評価を受けることを前提として、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられます。しかしながら、ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況になれば、適切にサービスが利用できるよう調整を行うことが必要です。</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提供していますか。</p> <p>③ サービスの提供に当たっては、小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>④ 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、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行っていますか。</p> <p>※ サービスの提供等とは、小規模多機能型居宅介護計画の目標及び内容や行事及び日課等も含まれます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>⑤ 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いていませんか。</p> <p>※ 登録定員のおおむね3分の1以下が目安です。登録定員が25人の場合は、通いサービスの利用者が8人以下であれば、著しく少ない状態といえます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>⑥ 登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供していますか。</p> <p>※ 適切なサービスとは、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせて概ね週4回以上行うことが目安です。</p> <p>※ 訪問サービスは身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも訪問サービスの回数に含めて差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>14 身体的拘束等の禁止</p>	<p>① 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、身体的拘束を行っていますか。</p> <p>※ 身体拘束禁止の対象となる具体的行為</p> <p>ア 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>イ 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>ウ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。</p> <p>エ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。</p> <p>オ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。</p> <p>カ 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。</p> <p>キ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。</p> <p>ク 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。</p> <p>ケ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。</p> <p>コ 自分の意思で開けることのできない療養室等に隔離する。</p> <p>※ 身体拘束の廃止を実現していく取組みは、ケア全体の質の向上や生活環境の改善のきっかけとなるものであり、身体拘束廃止を最終目標とするのではなく、身体拘束廃止に取り組む過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 管理者及び従業者は、身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っていますか。また、そのための意識啓発に努めていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>③ 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その内容等について利用者又はその家族に対してできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るように努めるとともに、態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。</p> <p>※ 緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要となります。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

<p>※ 身体的拘束等の記録は、5年間保存しなければなりません。</p>			
<p>④ 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていますか。</p> <p>※ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要です。具体的には、次のようなことを想定しています。</p> <p>a 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。</p> <p>b 介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、aの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。</p> <p>c 身体的拘束等適正化検討委員会において、bにより報告された事例を集計し、分析すること。</p> <p>d 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。</p> <p>e 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。</p> <p>f 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑤ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、小規模多機能型居宅介護従業者その他の従業者に周知徹底を図っていますか。</p> <p>※ ⑤の委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p> <p>※ 同条第7号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられます。また、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑥ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。</p> <p>※ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込んでください。</p> <p>a 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</p> <p>b 身体的拘束等適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</p> <p>c 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</p> <p>d 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針</p> <p>e 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>f 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>g その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<p>指針を定めているが運営規程に反映されていない。</p>
<p>⑦ 小規模多機能型居宅介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 介護従業者その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとします。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容についても記録することが必要となります。研修の実施は、職員研修事業所内での研修で差し支えありません。</p>			
15 居宅サービス計画の作成	<p>① 管理者は、介護支援専門員（介護支援専門員を配置していないサテライト事業所にあつては、本体事業所の介護支援専門員）に、登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。</p> <p>※ 登録者の居宅サービス計画は、事業所の介護支援専門員に作成させてください。 このため、指定小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合には、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員から変更することとなります。</p> <p>※ 事業所の介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を行わなければなりません。</p> <p>※ サテライト事業所に研修修了者を配置する場合の居宅サービス計画の作成については、本体事業所の介護支援専門員が行う必要があります。</p> <p>※ 作成した居宅サービス計画は、5年間保存しなければなりません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 介護支援専門員は、指定居宅介護支援の具体的取扱方針に沿って居宅サービス計画を作成していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
16 法定代理受領サービスに係る報告	<p>① 地域密着型介護サービス費（地域密着型介護予防サービス費）又は居宅介護サービス費（介護予防サービス費）を利用者に代わり事業者に支払うための手続きとして、毎月、国民健康保険団体連合会に対し、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）において位置付けられている指定居宅サービス（指定介護予防サービス）等のうち、法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した給付管理票を提出していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
17 利用者に対する居宅サービス計画（介護予防サービス計画）等の書類の交付	<p>① 登録者が事業者を変更した場合に、変更後の事業者が滞りなく給付管理票の作成・届出等の事務を行うことができるよう、登録者が他の事業者の利用を希望する場合その他登録者からの申出があつた場合には、登録者に対し、直近の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）及びその実施状況に関する書類を交付していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
18 小規模多機能型居宅介護計画の作成	<p>① 管理者は、介護支援専門員又はサテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所の研修修了者（介護支援専門員等）に、小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を担当させていますか。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを利用者に強制することとならないように留意してください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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ますか。</p> <p>※ 多様な活動とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等をいいます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	③	介護支援専門員等は、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小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	④	サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、介護支援専門員等は、小規模多機能型居宅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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑤	介護支援専門員等は、小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、利用者に交付していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑥	介護支援専門員等は、小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常に小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画の変更を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑦	小規模多機能型居宅介護計画の変更を行う場合も、②から⑤までに沿って行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑧	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第12号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、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居宅サービス計画に基づきサービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業者は、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小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあった際には、当該小規模多機能型居宅介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
19 介護等	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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	サービスの提供に当たっては、利用者の心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることが出来るようにサービスを提供し、必要な支援を行ってください。その際、利用者の人格に十分に配慮してください。			
	②	利用者に対して、利用者の負担により、利用者の居宅又はサービスの拠点における従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	事業所の従業者にサービスを行わせなければならない、例えば、利用者の負担によってサービスの一部を付添者等に行わせることがあってはなりません。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業者の負担により、訪問入浴介護等のサービスの利用に供することは差し支えありません。			
	③	事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と同従業者が共同で行うよう努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	利用者が従業者と食事や清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を可能な限り共同で行うことによって良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるようにすることに配慮してください。			

20 社会生活上の便宜の提供等	①	利用者の外出の機会の確保その他の利用者の意向を踏まえた社会生活の継続のための支援に努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	画一的なサービスを提供するのではなく、利用者の外出の機会の確保その他の利用者の意向を踏まえた社会生活の継続のための支援に努めてください。			
	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、その者又はその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、代わって行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	郵便、証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続等について、利用者又は家族が行うことが困難な場合は、原則としてその都度、同意を得た上で代行しなければなりません。			
21 利用者に関する町への通知	①	サービス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町に通知していますか。 ア 正当な理由なしにサービス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（要支援状態の程度を増進させたと認められるとき） 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とき。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	偽りその他不正な行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為又は重大な過失等により、要介護状態又はその原因となった事故を生じさせるなどした者については、町町村が、既に支払った保険給付の徴収又は保険給付の制限を行うことができることに鑑み、事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から町町村に通知しなければなりません。			
	②	特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得てください。			
22 緊急時等の対応	①	従業者は、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、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	協力医療機関のうち1つは、町内の医療機関とするように努めてください。			
	※	緊急時において円滑な協力を得るため、協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めておいてください。			
23 管理者の責務	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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

<p>24 運営規程</p>	<p>① 事業所ごとに、次の事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。 ア 事業の目的及び運営の方針 イ 従業者の職種、員数及び職務の内容 ウ 営業日及び営業時間 エ 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 オ サービスの内容及び利用料その他の費用の額 カ 通常の事業の実施地域 キ サービス利用に当たっての留意事項 ク 緊急時等における対応方法 ケ 非常災害対策 コ 虐待の防止のための措置に関する事項 サ その他運営に関する重要事項</p> <p>※ 従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、規程を定めるに当たっては、人員基準上の員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載して差し支えありません。</p> <p>※ 事業所は、365日利用者の居宅生活を支援するものであり、休業日を設けることは想定していないことから、営業日は365日と記載してください。</p> <p>※ 通いサービス及び宿泊サービスは、それぞれの営業時間を記載してください。</p> <p>※ 通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとしてください。</p> <p>※ 通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、通常の事業の実施地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではありません。</p> <p>※ 通常の事業の実施地域については、事業者が任意に定めるものですが、町が定める日常生活圏域内は、少なくとも通常の事業の実施地域に含めることが適当です。</p> <p>※ 事業所所在地の町町村の同意を得て事業所所在地以外の他の町町村から指定を受けた場合には、他の町町村の一部の日常生活圏域を事業の実施地域の範囲に加えることもあります。</p> <p>※ 非常災害対策とは非常災害に関する具体的計画を指します。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 否</p>	<p>「コ 虐待の防止のための措置に関する事項」が指針として別作成されているが運営規程には反映されていない。 ⇒ 現在の指定有効期間中には是正予定。</p>
<p>25 勤務体制等の確保</p>	<p>① 管理者及び従業者と労働契約を交わしていますか。労働条件通知書等を書面で明示し交付していますか。</p> <p>※ 雇用（労働）契約において、労働基準法により下記のような条件を書面で明示することとされています。 ア 労働契約の期間 イ 就業の場所・従事する業務の内容 ウ 始業・終業時刻、時間外労働の有無、休憩時間、休日、休暇等 エ 賃金の決定、計算及び支払の方法、賃金の締切り及び支払の時期 オ 退職に関する事項（解雇の事由を含む） カ 期間の定めのある契約を更新する場合の基準 キ その他使用者が定める事項（施行規則第5条第1項第4号の2から第11号まで） ク 昇給の有無（注1） ケ 退職手当の有無（注1） コ 賞与の有無（注1） サ 相談窓口（注2）</p> <p>注1 非常勤職員のうち、短時間労働者（1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される通常の労働者の1週間の所定労働時間に比べて短い労働者）に該当するものを雇い入れたときには、上記⑧、⑨及び⑩についても文書で明示しなくてはなりません（平成25年4月1日施行）。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	

<p>注2 注1と同様に文書で明示する項目に相談窓口（相談担当者の氏名、役職、担当部署などを記載）が追加されました（平成27年4月1日施行）。</p>			
<p>② 利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務の体制を定めていますか。</p> <p>※ 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしてください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>③ 事業所の従業員によってサービスを提供していますか。</p> <p>※ 原則として、事業所の従業員によってサービスを提供するべきですが、調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は、第三者への委託等を行うことが認められます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>④ 従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑤ 従業員に対し、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ますか</p> <p>※ 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものです。</p> <p>※ 当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には以下のとおりです。 ○看護師 ○准看護師 ○介護福祉士 ○介護支援専門員 ○実務者研修修了者 ○介護職員初任者研修修了者 ○生活援助従事者研修修了者 ○介護職員基礎研修課程修了者 ○訪問介護員養成研修課程一級・二級課程修了者 ○社会福祉士 ○医師 ○歯科医師 ○薬剤師 ○理学療法士 ○作業療法士 ○言語聴覚士 ○精神保健福祉士 ○管理栄養士 ○栄養士 ○あん摩マッサージ師 ○はり師、きゅう師 等</p> <p>※ 【参考】令和6年度報酬改定Q&A (Vol.1) 問159 当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものです。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたりません。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業員に関する義務付けについては、採用後1年間の猶予期間を設けています。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>⑥ 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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<p>ハラスメントに関する指針はあるが相談体制が周知されていない。</p>

	<p>※ 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。</p> <p>※ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとします。</p> <p>【事業主が講ずべき措置の具体的な内容】 事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりですが、特に留意されたい内容は以下のとおりです。 ① 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。 ② 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。</p> <p>【事業主が講じることが望ましい取組について】 ① 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 ② 被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等） ③ 被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）</p> <p>※ 介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、①（事業主が講ずべき措置の具体的な内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいです。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にしてください。 (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)</p>			
26 掲示	<p>① 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の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ますか。</p> <p>※ 事業者は、運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等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、事業所の見やすい場所に掲示してください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ また原則として、重要事項を当該指定小規模多機能型居宅介護事業者のウェブサイトに掲載することを規定していますが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいいます。なお、小規模多機能型居宅介護事業者は、重要事項の揭示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、その際に以下に掲げる点に留意してください。</p> <p>ア 事業所の見やすい場所とは、事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことです。</p> <p>イ 従業者の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を揭示する趣旨であり、従業者の氏名まで揭示することを求めるものではありません。</p>			
	② 重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで揭示に代替していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③ 重要事項をウェブサイトに掲載していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 否	ホームページ未作成のため運営指導時未対応。今年度中に改善予定
	<p>※ なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、①の規定による揭示は行う必要がありますが、これを②や「44 電磁的記録等」の規定に基づく措置に代えることができます。</p>			
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家族の秘密を漏らしていませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	② 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家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を、雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講じてください。</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家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 同意は、サービス提供開始時に利用者及び家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものです。</p>			
	④ 「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、利用者及び家族の個人情報を適切に取り扱っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 【参考】 個人情報の保護に関する法律(平15年法律第57号) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス(平29.4.14厚労省)</p>			
28 広告	① 広告の内容は、虚偽又は誇大なものになっていませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

29 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）に対する利益供与の禁止	① 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又は従業者に対し、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への対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
30 苦情処理	① 提供したサービスに係る利用者及び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ますか。 ※ 「必要な措置」とは、具体的には、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措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載する等の措置をいいます。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、「26 掲示」に準ずるものとします。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	② 苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録していますか。 ※ 利用者及び家族からの苦情に対し、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、苦情の受付日、その内容等を記録してください。 ※ 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うことが必要です。 ※ 苦情の内容等の記録は、5年間保存しなければなりません。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③ 提供したサービスに関し、町が行う文書その他の物件の提出・提示の求め又は町の職員からの質問・照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して町が行う調査に協力するとともに、町から指導・助言を受けた場合においては、指導・助言に従って必要な改善を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	④ 町からの求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑤ 提供したサービス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・助言を受けた場合においては、指導・助言に従って必要な改善を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	⑥ 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

31 事故発生時の対応	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、利用者の家族、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	利用者が安心してサービスの提供を受けられるよう、事故発生時の速やかな対応を規定したものです。			
	※	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の対応方法については、あらかじめ定めておくことが望まれます。			
	※	事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じてください。			
31 事故発生時の対応	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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	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には、町町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、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なければなりません。			
	※	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は、5年間保存しなければなりません。			
31 事故発生時の対応	③	利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、賠償資力を有することが望まれます。			
31 事故発生時の対応	④	【入浴サービスにおける事故防止について】 介護を要する者に対する入浴サービスについては、常に事故の危険性があること、たとえ短時間であっても職員が目を見守ることは重大な事故につながる恐れがあるため、次の事項を実施するよう努めていますか。		<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	ア	利用者の入浴中に職員の見守りがなくなる時間はありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	イ	事故などが発生した場合に備え、複数の職員で対応する等、安全な介助体制を確保していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	ウ	施設ごとの入浴介助におけるマニュアルを整備し、定期的に職員に周知していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	エ	入浴機器の利用に当たっては、操作・使用説明書を確認し、安全装置の利用漏れや点検漏れがないか確認し、適切な使用方法を職員に対して周知していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	オ	新規採用職員や経験の浅い職員に対しては、マニュアルの内容や突発事故が発生した場合の対応について研修を実施していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
32 会計の区分	①	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	具体的な会計処理の方法については、「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」（平成13年3月28日老振発第18号）を参考にしてください。			

33 定員の遵守	<p>① 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。</p> <p>※ 通いサービス及び宿泊サービスの利用は、利用者の様態や希望等により特に必要と認められる場合は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ないものとします。</p> <p>※ 「特に必要と認められる場合」としては、以下のような事例等が考えられます。 ・登録者の介護者が急病のため、急遽、事業所において通いサービスを提供したことにより、当該登録者が利用した時間帯における利用者数が定員を超える場合 ・事業所において看取りを希望する登録者に対し、宿泊室においてサービスを提供したことにより、通いサービスの提供時間帯における利用者数が定員を超える場合 ・登録者全員を集めて催しを兼ねたサービスを提供するため、通いサービスの利用者数が定員を超える場合 ・上記に準ずる状況により特に必要と認められる場合</p> <p>※ 一時的とは、こうした必要と認められる事情が終了するまでの間をいいます。</p> <p>※ 災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② ①にかかわらず、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により当該地域における小規模多機能型居宅介護の効率的な運営に必要であると町長が認めた場合、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。</p> <p>※ 事業者は、町長が認めた日から町町村介護保険事業計画（法第117条第1項に規定する町町村介護保険事業計画をいう。以下この項において同じ。）の終期まで（町が次期の町町村介護保険事業計画を作成するに当たって、町長が新規に代替となるサービスを整備するよりも既存の小規模多機能型居宅介護事業所を活用することがより効率的であると認めた場合にあつては、次期の町町村介護保険事業計画の終期まで）の間に限り、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えて小規模多機能型居宅介護の提供を行うことができます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
34 業務継続計画の策定	<p>① 感染症及び非常災害が発生した場合において、利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施し、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。</p> <p>② 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の実施していますか。</p> <p>※ 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準第3条の30の2に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。</p> <p>※ 感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められるため、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいです。</p> <p>※ 職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録してください。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施して差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとします。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えありません。</p> <p>※ 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。</p>		
	<p>③ 業務継続計画には、以下の項目を定めていますか。</p> <p>※ 各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することは妨げません。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えありません。</p> <p>【業務継続計画に定める項目】 ア 感染症にかかる業務継続計画 a 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） b 初動対応 c 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） イ 災害にかかる業務継続計画 a 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際の対策、必要品の備蓄等） b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） c 他施設及び地域との連携</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
	<p>④ 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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
35 非常災害対策	<p>① 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p> <p>※ 非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければなりません。</p> <p>※ 「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。</p> <p>※ 「非常災害に関する具体的計画」とは、消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。計画の策定にあたっては、ハザードマップ等を確認してください。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法の規定により防火管理者を置くこととされている事業所にあつてはその者に行わせてください。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせてください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否

② 10人以上の施設において、防火管理者を選任し、消防計画の作成、防火管理業務を行っていますか。基準に満たない事業所においても、防火管理についての責任者を定めていますか。

いる
 いない

適
 否

防火管理者の届出	平成19年5月1日
防火管理者・責任者 職名・氏名	施設管理者 伊東 博幸
消防計画の届出	令和6年5月14日

【留意事項】

- (1) 防火管理者が異動等で欠けた場合は、直ちに新たな有資格者を選任し、所轄消防署に届出をしてください。
- (2) 防火管理者の業務
 - ・消防計画の作成、届出
 - ・消火・通報及び避難訓練実施
 - ・消防用設備等の点検及び整備(業者の行う点検とは別)
 - ・火気使用又は取扱に関する監督
 - ・その他防火管理に関する指導、研修等
- (3) 消防計画に記載されている氏名等に変更があった場合は速やかに変更し、所轄消防署の指導により届出をしてください。
- (4) 増改築を行った場合は、変更届を提出してください。
- (5) 消防計画は、消防法等で定める内容のほかに、地震防災応急計画を含めて作成してください。(昭和55年社施第5号厚生省通知)
- (6) 消防法に基づく「消防計画」とどまらず、川口町地域防災計画に基づき、大規模な災害の発生も想定した「防災計画」を作成してください。

③ 消防用設備等の点検を定期的に行っていますか。また、カーテン、じゅうたん等は防災性能を有するものとなっていますか。

いる
 いない

適
 否

※ 消防法令を遵守し、必要な届出をしているか、設備が備えられているか、その他危険な箇所等が無い点検してください。

※ 消防署から指導があった事項は速やかに対応してください。

④ 消防用設備は、専門業者による定期的な点検を行い届出していますか。

いる
 いない

適
 否

定期点検	年月日	異常の有無
1回目	令和6年5月23日	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
2回目	令和7年3月中～下旬実施(予定)	
直近の消防署届出	令和7年3月中旬実施(予定)	

運営指導時2回
目の日程は未定
であった。

※ 専門業者の点検が年2回必要です。年1回(総合点検時)消防署に届出が必要です。(届出の控えを保管してください)。

※ 点検後の結果については、管理者等まで供覧してください。

※ 避難器具は避難に際し容易に利用でき、階段、避難口等から適当な距離である等、使用するのに安全な構造にしてください。

※ 誘導灯や誘導標識は避難に際し必要な所に設けてください。

⑤ スプリンクラーヘッド直下又は周囲には空間を確保していますか。

いる
 いない

適
 否

※ 標準型ヘッドの場合、直下45cm、水平30cm以上空間を確保してください。																																						
⑥	消防計画等を職員に周知していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																																			
※ 消防計画を職員に配布したり、見えやすいところに掲示したりしてください。																																						
⑦	職員間の非常時の際の連絡・避難体制は確保されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																																			
※ 避難場所の確保、避難方法等マニュアルなどで周知徹底してください。																																						
※ 浸水等風水害時の対応についての体制を整備してください。																																						
※ 「土砂災害警戒区域」、「地すべり危険箇所」等土砂災害が懸念される区域に当たっている場合は、連絡・避難体制について町と十分な調整を行ってください。																																						
⑧	非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 否	前年度に1回しか実施していない。																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="2">当年度</th> </tr> <tr> <th>回数</th> <th>実施・届出日</th> <th>回数</th> <th>実施・届出日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>避難訓練</td> <td>1回</td> <td>3月22日 (うち夜間想定)</td> <td>2回</td> <td>5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)</td> </tr> <tr> <td>消火訓練</td> <td>1回</td> <td>3月22日 (うち夜間想定)</td> <td>2回</td> <td>5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)</td> </tr> <tr> <td>通報訓練</td> <td>1回</td> <td>3月22日</td> <td>1回</td> <td>5月23日</td> </tr> <tr> <td>実施通知 消防署届出</td> <td>1回</td> <td>4月25日</td> <td>1回</td> <td>5月29日</td> </tr> <tr> <td>消防署立会</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td>3月22日</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td>5月23日</td> </tr> </tbody> </table>	項目	前年度		当年度		回数	実施・届出日	回数	実施・届出日	避難訓練	1回	3月22日 (うち夜間想定)	2回	5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)	消火訓練	1回	3月22日 (うち夜間想定)	2回	5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)	通報訓練	1回	3月22日	1回	5月23日	実施通知 消防署届出	1回	4月25日	1回	5月29日	消防署立会	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3月22日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	5月23日			
項目	前年度		当年度																																			
	回数	実施・届出日	回数	実施・届出日																																		
避難訓練	1回	3月22日 (うち夜間想定)	2回	5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)																																		
消火訓練	1回	3月22日 (うち夜間想定)	2回	5月23日 3月中下旬予定 (うち夜間想定)																																		
通報訓練	1回	3月22日	1回	5月23日																																		
実施通知 消防署届出	1回	4月25日	1回	5月29日																																		
消防署立会	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3月22日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	5月23日																																		
※ 消火訓練と避難訓練は、消防機関に訓練実施計画を届出の上、それぞれ年間2回以上実施してください。																																						
※ 入所施設は、そのうち1回以上は、夜間または夜間を想定した訓練を実施してください。																																						
※ 通報訓練は、年1回以上の実施を励行します。																																						
※ 消防署と相談し、できるだけ年1回以上は消防署の協力・指導を得るようにしてください。																																						
⑨	利用者の避難時の態様、職員の反省点などを含め、訓練の記録を作成し、次回の訓練等に活用していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																																			
※ 訓練を実施した場合は、職員の反省事項、利用者の行動・様子などを含め訓練の都度実施記録を作成し、次回以降の訓練の参考にしてください。特に、夜勤専門の職員がいる場合は、夜間又は夜間想定の際に可能な限り参加させ、他の職員との役割分担を明確にする必要があります。																																						

	<p>⑩ 利用者の特性に応じ、食糧その他の非常災害時において必要となる物資の備蓄に努めていますか。</p> <table border="1" data-bbox="371 152 1031 589"> <tr> <th colspan="2">【備蓄物資】</th> </tr> <tr> <td>管理担当者職名・氏名【</td> <td>伊東 博幸】</td> </tr> <tr> <td>ア 非常用食料（老人食等の特別食を含む）</td> <td>3 日分</td> </tr> <tr> <td>イ 飲料水</td> <td>3 日分</td> </tr> <tr> <td>ウ 常備薬</td> <td>日分</td> </tr> <tr> <td>エ 介護用品（おむつ、尿とりパッド等）</td> <td>日分</td> </tr> <tr> <td>オ 照明器具</td> <td></td> </tr> <tr> <td>カ 熱源</td> <td></td> </tr> <tr> <td>キ 移送用具（担架・ストレッチャー等）</td> <td></td> </tr> </table>	【備蓄物資】		管理担当者職名・氏名【	伊東 博幸】	ア 非常用食料（老人食等の特別食を含む）	3 日分	イ 飲料水	3 日分	ウ 常備薬	日分	エ 介護用品（おむつ、尿とりパッド等）	日分	オ 照明器具		カ 熱源		キ 移送用具（担架・ストレッチャー等）		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
【備蓄物資】																						
管理担当者職名・氏名【	伊東 博幸】																					
ア 非常用食料（老人食等の特別食を含む）	3 日分																					
イ 飲料水	3 日分																					
ウ 常備薬	日分																					
エ 介護用品（おむつ、尿とりパッド等）	日分																					
オ 照明器具																						
カ 熱源																						
キ 移送用具（担架・ストレッチャー等）																						
	<p>⑪ ⑧の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ますか。</p> <p>※ 避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めてください。そのためには、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努める必要があります。</p> <p>※ 訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとしてください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																			
	<p>⑫ 外部からの不審者の侵入に対する危機管理の観点から現状を点検、課題を把握し、入所者等の安全を確保するための点検項目を定め職員に周知していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																			
36 協力医療機関等	<p>① 主治の医師との連携を基本としつつ、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ますか。</p> <p>② 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ますか。</p> <p>※ 協力歯科医療機関は、事業所から近距離にあることが望まれます。</p> <p>③ 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、病院等のバックアップ施設との間の連携及び支援の体制を整えていますか。</p> <p>※ これらの協力医療機関やバックアップ施設から、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、あらかじめ必要な事項を取り決めてください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																			
37 調査への協力等	<p>① 提供したサービスに関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切なサービスが行われているかどうかを確認するために町が行う調査に協力するとともに、町から指導・助言を受けた場合においては、指導・助言に従って必要な改善を行っていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否																			

	<p>※ 事業が小規模であること等から、利用者からの苦情がない場合にも、町が定期的又は随時に調査を行うこととし、町の行う調査に協力し、町の指導・助言に従って必要な改善を行わなければなりません。</p> <p>※ 町の求めに応じ、運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護支援専門員等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について提出し、これらの情報について自ら一般に公表するよう努めてください。</p>			
38 衛生管理等	<p>① 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。</p> <p>※ 手洗所等の従業者共用のタオルは、感染源のとして感染拡大の恐れがありますので、使用しないでください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次のアからウまでに掲げる措置を講じていますか。</p> <p>ア 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（感染対策委員会）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。</p> <p>イ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。</p> <p>ウ 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ますか。</p> <p>※ 感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいです。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要です。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任してください。</p> <p>（※） 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者</p> <p>※ 感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。なお、感染対策委員会は、他の委員会と一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。</p> <p>※ 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、町町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定されます。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。項目の記載内容の例については「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。</p> <p>※ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものにしてください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。</p> <p>※ 研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じて行ってください。</p> <p>※ 平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要です。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施してください。</p> <p>※ 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。</p>			
39 地域との連携等	<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通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、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ますか。</p> <p>※ 運営推進会議とは、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する町の職員又は事業所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、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）について知見を有する者等により構成される協議会です。</p> <p>※ 運営推進会議は、利用者、町職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の抱え込みを防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業所が自ら設置すべきものです。</p> <p>※ 地域の住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられます。</p> <p>※ 運営推進会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができますが、利用者又はその家族が参加する場合、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得てください。</p> <p>運営推進会議は、事業所の指定申請時には、既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要です。指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所）と指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）等を併設している場合においては、1つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えありません。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 否	実施がおおよそ3か月に1回。

<p>※</p>	<p>指定小規模多機能型居宅介護事業所は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこととし、実施にあたっては以下の点に留意してください。また、運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこととする。外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行ってください。</p> <p>ア 自己評価は、①事業所のすべての従業者が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、②その上で他の従業者の振り返り結果を当該事業所の従業者が相互に確認しながら、現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行うことにより、小規模多機能型居宅介護事業所として提供するサービスについて個々の従業者の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものです。</p> <p>イ 外部評価は、運営推進会議において、当該事業所が行った自己評価結果に基づき、当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに、利用者、町職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことにより、新たな課題や改善点を明らかにすることが必要です。</p> <p>ウ このようなことから、運営推進会議において当該取組を行う場合には、町職員又は地域包括支援センター職員、指定小規模多機能型居宅介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要です。</p> <p>エ 自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられますが、法人のホームページへの掲載、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」の利用、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、町町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えありません。</p> <p>オ 指定小規模多機能型居宅介護の特性に沿った自己評価及び外部評価の在り方については、平成25年度老人保健健康増進等事業「運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業」（特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）を参考にを行うものとし、サービスの改善及び質の向上に資する適切な手法により行ってください。</p>			
<p>②</p>	<p>運営推進会議における報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、記録を公表していますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>※</p>	<p>運営推進会議における報告等の記録は、5年間保存しなければなりません。</p>			
<p>③</p>	<p>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ますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>※</p>	<p>地域に開かれた事業として行われるよう、事業者は、地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければなりません。</p>			
<p>④</p>	<p>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、町等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の町が実施する事業に協力するよう努めていますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>※</p>	<p>介護相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、町との密接な連携に努めてください。</p>			

	<p>※ 町が実施する事業には、介護相談員派遣事業のほか、広く町が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものです。</p>			
	<p>⑤ 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サービスを提供する場合には、同一の建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
40 居住機能を担う併設施設等への入居	<p>① 可能な限り、利用者が居宅において生活を継続できるよう支援することを前提としつつ、利用者が施設等へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設へ入所等が行えるよう、必要な措置を講ずるよう努めていますか。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）は、重度になったら居住機能を担う施設へ移行することを前提とするサービスではなく、可能な限り利用者が在宅生活を継続できるよう支援するものであることから、利用者が併設施設等へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設への入所等が行えるよう努めなければなりません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
41 利用者の安全並びに指定小規模多機能型居宅介護の質の確保及び従業者への負担の軽減に資する方策を検討するための委員会の設置	<p>① 事業所における業務の効率化、指定小規模多機能型居宅介護の質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、事業所における利用者の安全並びに指定小規模多機能型居宅介護の質の確保及び従業者への負担の軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催していますか。</p> <p>※ 委員会は、テレホン電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p> <p>※ 介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、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の設置及び開催について規定したものです。</p> <p>※ 適用に当たっては、令和6年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされています。</p> <p>※ 本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討してください。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えありません。</p> <p>※ 本委員会は、定期的に開催することが必要となりますが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましいです。あわせて、本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましいとされています。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<p>委員会設置はしていないが従業者が少人数のため全員参加の職員会議にて実施、情報共有している。</p>

	<p>※ 事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。本委員会は事業所毎に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。委員会の名称について、法令では「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」と規定されたところですが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、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が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えないこととします。</p>			
42 虐待の防止	<p>① 虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる観点から措置を講じていますか。</p> <p>【虐待の未然防止】 事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、研修等を通じて、従業者がそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。</p> <p>【虐待等の早期発見】 従業者は、虐待又は虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、町町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましいです。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から町町村への虐待の届出について、適切に対応してください。</p> <p>【虐待等への迅速かつ適切な対応】 虐待が発生した場合には、速やかに町町村の窓口に通報される必要があります。指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、町町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めてください。</p> <p>以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施してください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 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（虐待防止検討委員会）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ますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<p>委員会設置はしていないが従業員が少人数のため全員参加の職員会議にて実施、情報共有している。</p>
	<p>※ 委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができます。</p>			
	<p>※ 虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成してください。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要となります。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいです。</p>			
	<p>※ 虐待等の事案については、虐待等に係る事情が複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。</p>			
	<p>※ 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えありません。</p> <p>また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことが可能です。この際、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>			

	<p>※ 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することとします。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業員に周知徹底を図ってください。</p> <p>ア 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 イ 虐待の防止のための指針の整備に関すること ウ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること エ 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること オ 従業員が虐待等を把握した場合に、町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 カ 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 キ 前号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</p>			
	<p>③ 事業所における虐待の防止のための指針を整備していますか。</p> <p>※ 指針には、次のような項目を盛り込んでください。 ア 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 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 ウ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 エ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 オ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 カ 成年後見制度の利用支援に関する事項 キ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 ク 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 ケ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>④ 事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施していますか。</p> <p>※ 従業員に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしてください。職員教育を組織的に徹底させていくためには、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することが重要です。また、研修の実施内容を記録することも必要です。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>⑤ ①～④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ますか。</p> <p>※ 虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましいです。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
43 記録の整備	<p>① 従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 利用者に対するサービスの提供に関する次の記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。 ア 居宅サービス計画（介護予防サービス計画） イ 小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画） ウ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 エ 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 オ 町への通知に係る記録 カ 苦情の内容等の記録 キ 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 ク 運営推進会議における報告、評価、要望、助言等の記録</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 「完結の日」とは、個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日です。運営推進会議の記録については、会議を開催し、報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日です。</p>			
44 電磁的記録	<p>① 作成、保存その他これらに類するものうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるもの（被保険者証に関するものを除く）については、書面に代えて、次に掲げる当該書面に係る電磁的記録により行っていますか。</p> <p>※ 電磁的記録による作成は、事業所等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法により行ってください。</p> <p>※ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法により行ってください。 ア 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法 イ 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法</p> <p>※ 被保険者証に関するもの及び下記2に規定するもの以外において電磁的記録により行うことができるとされているものは、上記ア及びイに準じた方法により行ってください。</p> <p>※ 電磁的記録により行う場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定され、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、次に掲げる電磁的方法により行っていますか。</p> <p>※ 電磁的方法による交付等は、次の規定に準じた方法により行ってください。 (1) 電子情報処理組織を使用する方法のうちア又はイに掲げるもの ア 事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法 イ 事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を、電気通信回線を通じ利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあつては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法） (2) 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

(3) 事業者は、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、その用いる次に掲げる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る承諾を得なければならない。

ア ①及び②の方法のうち事業所が使用するもの
イ ファイルへの記録の方式

(4) 承諾を得た事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けたい旨の申出があった場合は、当該利用申込者又はその家族に対し、重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び承諾をした場合は、この限りではありません。

※ 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものでなければなりません。

※ 「電子情報処理組織」とは、事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

※ 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられます。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にしてください。

※ 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいです。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にしてください。

※ その他、電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法により行ってください。ただし、基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従ってください。

第5 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

1 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針	①	利用者の介護予防に資するよう、目標を設定し、計画的にサービスを行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	②	サービスの質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③	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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	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、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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。			
	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、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めてください。</p>			
2 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的な取扱い方針	<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ますか。</p> <p>※ 制度上は週1回程度の利用でも所定点数の算定は可能ですが、利用者負担等も勘案すれば、このような利用は必ずしも合理的ではなく、運営推進会議に通りサービスの回数等を報告し、適切なサービス提供であるかどうかの評価を受けることが必要です。</p> <p>※ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護は、通りサービスを中心として、利用者の様態や希望に応じて、訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせることでサービスを提供するという弾力的なサービス提供が基本であり、宿泊サービスの上限は設けず、重度の者であれば、運営推進会議に対し報告し、評価を受けることを前提として、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられます。しかしながら、ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況になれば、他の利用者が適切にサービス利用できるよう調整を行うことが必要です。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 介護支援専門員は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防支援の具体的な取扱い方針及び介護予防支援の提供に当たっての留意点に沿って、介護予防サービス計画を作成していますか。</p> <p>※ 介護支援専門員は、介護予防サービス計画と介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成しなければなりません。</p> <p>※ 介護支援専門員は、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）の職員が行う業務と同様の業務を行うことになります。</p> <p>※ サテライト事業所の介護予防小規模多機能型居宅介護計画については研修修了者が作成します。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>③ 介護支援専門員等は、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小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通りサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行っていますか。</p> <p>※ 主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達や介護支援専門員が開催するサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、指定介護予防小規模多機能型居宅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、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにしてください。</p> <p>※ 介護予防小規模多機能型居宅介護計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えありません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>④ 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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ますか。</p> <p>※ 多様な活動とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等をいいます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

⑤ サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
⑥ 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
※ 介護予防小規模多機能型居宅介護計画は、5年間保存しなければなりません。			
⑦ サービスの提供に当たっては、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
⑧ 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提供していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
⑨ サービスの提供に当たっては、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
⑩ 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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
⑪ 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いていませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
※ 登録定員のおおむね3分の1以下が目安です。			
※ 登録定員が25人の場合は通いサービスの利用者が8人以下であれば、著しく少ない状態といえます。			
⑫ 登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
※ 適切なサービスとは、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせ概ね週4回以上行うことが目安となります。			
※ 訪問サービスは身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも訪問サービスの回数に含めて差し支えありません。			
⑬ 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、介護予防小規模多機能型居宅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、介護予防小規模多機能型居宅介護計画の実施状況の把握（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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
※ 計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定める目標の達成状況の把握等を行ってください。			
⑭ 介護支援専門員等は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防小規模多機能型居宅介護計画の変更を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	※ モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、必要に応じて介護予防小規模多機能型居宅介護計画の変更を行ってください。			
15	介護予防小規模多機能型居宅介護計画の変更を行う場合も、①から⑬までに沿って行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
16	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第12号において「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対し、指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする」との規定を踏まえ、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小規模多機能型居宅介護事業者は、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小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあった際、当該介護予防小規模多機能型居宅介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

第6 変更の届出等

1 変更の届出等	① 次の事項等に変更があったときは、10日以内に宮代町長（健康介護課）に届け出ていますか。 ア 事業所の名称及び所在地 イ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、住所及び職名 ウ 申請者の登記事項証明書又は条例等（指定小規模多機能型居宅介護事業（指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業）に関するものに限る。） エ 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 オ 事業所の管理者の氏名、住所及び経歴 カ 運営規程 キ 協力医療機関の名称及び診療科目並びに契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び診療科目並びに契約の内容を含む） ク 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制の概要 ケ 地域密着型介護サービス費（地域密着型介護予防サービス費）の請求に関する事項 コ 介護支援専門員の氏名及び登録番号	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 否	10日以内に提出がされていないこともある。
	② 休止した事業を再開したときは、10日以内に、再開した年月日を宮代町長に届け出ていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③ 事業を廃止又は休止しようとするときは、次の事項を、廃止又は休止の日の1月前までに、町長に届け出ていますか。 ア 廃止又は休止しようとする年月日 イ 廃止又は休止しようとする理由 ウ 現にサービスを受けている者に対する措置 エ 休止の場合は、予定期間	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

第7 介護給付費関係

1 基本報酬の算定	① 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合 指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者（当該事業所と同一建物に居住する者を除く。）について、登録者の要介護状態区分に応じて、登録している期間1月につきそれぞれ所定単位数を算定していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--

	<p>② 同一建物に居住する者に対して行う場合 指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に居住する登録者について、登録者の要介護状態区分に応じて、登録している期間1月につきそれぞれ所定単位数を算定していますか。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護費は、当該小規模多機能型居宅介護事業所へ登録した者について、登録者の居住する場所及び要介護区分に応じて、登録している期間1月につきそれぞれ所定単位数を算定します。月途中から登録した場合は月途中から登録を終了した場合には、登録していた期間（登録日から当該月の末日まで又は当該月の初日から登録終了日まで）に対応した単位数を算定します。月途中から小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物から同一建物ではない建物に転居した場合には、居住していた期間に対応した単位数を算定します。これら算定の基礎となる「登録日」とは、利用者が小規模多機能型居宅介護事業者と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問又は宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日となります。また、「登録終了日」とは、利用者が小規模多機能型居宅介護事業者との間の利用契約を終了した日です。</p> <p>※ 「同一建物」とは、当該小規模多機能型居宅介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を指すものです。具体的には、当該建物の一階部分に小規模多機能型居宅介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しません。また、ここでいう同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護事業者と異なる場合であっても該当します。</p> <p>③ 短期利用居宅介護費について、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所において指定小規模多機能型居宅介護を行った場合に、要介護区分に応じて、利用1日につきそれぞれの所定単位数を算定していますか。</p> <p>【厚生労働大臣が定める基準】 ア 指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の数が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録定員未満であること。 イ 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の担当職員又は介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認められた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認められた場合であること。 ウ 利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めること。 エ 指定地域密着型サービス基準第63条に定める従業者の員数を置いていること。 オ 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が下記「5 サービス提供が過小である場合の減算」を算定していないこと。</p> <p>※ 宿泊室を活用する場合については、登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊サービスの利用定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであるようにしてください。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
2 身体拘束廃止未実施減算	<p>① 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1に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>※ 【厚生労働大臣が定める基準】 指定地域密着型サービス基準第73条第6号及び第7号に規定する基準に適合していること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ 身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく「4-14 身体的拘束等の禁止」に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなります。</p> <p>具体的には①拘束時の記録を行っていない②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない③身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない④身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を町町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を町町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとします。</p>			
3 高齢者虐待防止措置未実施減算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>※ 【厚生労働大臣が定める基準】 指定地域密着型サービス基準第88条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38の2に規定する基準に適合していること。</p> <p>※ 高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく「4-42 虐待の防止」に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなります。具体的には①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②高齢者虐待防止のための指針を整備していない③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又は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、速やかに改善計画を町町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を町町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとします。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
4 業務継続計画未実施減算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>※ 【厚生労働大臣が定める基準】 指定地域密着型サービス基準第88条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項に規定する基準に適合していること。</p> <p>※ 業務継続計画未実施減算については「4-34 業務継続計画の策定等」に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとします。</p> <p>なお、経過措置として、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算は適用しませんが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成してください。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
5 サービス提供が過少である場合の減算	<p>① 指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する通いサービス、訪問サービス、及び宿泊サービスの算定月における提供回数については、登録者（短期利用居宅介護費算定者を除く）1人当たり平均回数が、週4回に満たない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>② 「登録者一人当たりの平均回数」は、暦月ごとに以下のアからウまでの算定方法に従って算定したサービス提供回数の合計数を、当該月の日数に当該事業所の登録者数を乗じたもので除したものに、7を乗ずることによって算定していますか。（なお、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定を併せて受け、かつ、指定小規模多機能型居宅介護の事業と指定介護予防小規模多機能型居宅介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あっては、当該事業所における指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算して可）</p> <p>ア 通いサービスは、1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合にあっては複数回を算定していますか。</p> <p>イ 訪問サービスは、1回の訪問を1回のサービス提供として算定していますか。（指定小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声かけを行った場合も訪問サービスの回数に含めて可）</p> <p>ウ 宿泊サービスについては、1泊を1回として算定していますか。（通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合はそれぞれ1回として可）</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>③ 登録者が途中で利用を開始又は終了した場合にあっては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については上記の日数の算定より控除していますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>④ 登録者が入院した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く。）についても同様の取扱いとしていますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>6 人員基準減算・定員超過利用</p>	<p>① 登録者の数又は定めるところにより、減算をしていますか。</p> <p>※ [従業者（通い・訪問サービスの提供に当たる者）による減算] 基準を満たさない場合は、所定単位数の70/100で算定します。 (1) 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合 ⇒ その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで利用者全員について減算 (2) 人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合 ⇒ その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで利用者の全員について減算</p> <p>※ 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者等の数については、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり、翌年3月31日をもって終わる年度）の平均を用います。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数（1日ごとの同時に通いサービスの提供を受けた者（短期利用居宅介護を算定する者を含む。）の数の最大値を合計したものを当該前年度の日数で除して得た数とします（小数点第2位以下切り上げ）。</p> <p>※ [看護師又は准看護師・計画作成担当者の人員基準欠如に係る減算] 基準を満たさない場合は、所定単位数の70/100で算定します。看護師又は准看護師及び計画作成担当者の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。</p> <p>※ [夜間及び深夜の勤務又は宿直勤務を行う職員] ある月において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、減算することとします。 (1) 当該従事者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合 (2) 当該従事者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合</p> <p>※ [定員超過利用] 月平均の利用者の数が運営規程に定められている入居定員を超えている場合は、所定単位数の70/100で算定します。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>※ この場合の利用者の数は、1月間（暦月）の利用者の数の平均を用います。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月の全利用者の延数を当該月の日数で除して得た数とします（小数点以下切上げ）。</p> <p>※ 利用者の数が、定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、所定単位数が減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定されます。</p> <p>※ 定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導します。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとします。</p>			
7 サービス種類の相互算定関係	<p>① 登録者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、小規模多機能型居宅介護費は、算定していませんか。</p> <p>② 登録者が指定小規模多機能型居宅介護事業所において、指定小規模多機能型居宅介護を受けている間は、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所以外の指定小規模多機能型居宅介護事業所が指定小規模多機能型居宅介護を行った場合に、小規模多機能型居宅介護費を算定していませんか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
8 初期加算	<p>① 指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間及び30日を超える病院又は診療所への入院後に指定小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合については、1日につき所定の単位数を算定していますか。（短期利用居宅介護費を算定している者を除く。）</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
9 認知症加算（1）	<p>① 別に厚生労働大臣が定める登録者に対して所定小規模多機能型居宅介護を行った場合、1月につきそれぞれの所定単位数を算定していますか。（短期利用居宅介護費を算定している者を除く。）</p> <p>(1) 認知症加算（Ⅰ） (2) 認知症加算（Ⅱ） (3) 認知症加算（Ⅲ） (4) 認知症加算（Ⅳ）</p>	<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>運営指導時点で認知症加算の届出がされていませんが以下のチェックを満たしているのであれば再度確認し必要に応じて加算取得してください。 以下同じ</p>
9 認知症加算（2）	<p>① 【厚生労働大臣が定める基準】 (1) 認知症加算（Ⅰ） 別に厚生労働大臣が定める登録者について、「日常生活に支障を来すおそれのある症状又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」とは、認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者を指すものとしていますか。</p> <p>② 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における日常生活に支障を来すおそれのある症状又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（以下この号において「対象者」という。）の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すことに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。</p> <p>※ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとします。</p> <p>③ 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していますか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	

	<p>※ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」の実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えありません。また、「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>			
	<p>④ 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を一名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	<p>※ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとします。</p>			
	<p>⑤ 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	<p>⑥ (2) 認知症加算 (II) 認知症加算 (I) の①～③までに掲げる基準に適合していますか</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>⑦ (3) 認知症加算 (III) 認知症加算 (I) の①に掲げる基準に適合していますか</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>⑧ (4) 認知症加算 (IV) 別に厚生労働大臣が定める登録者について「要介護2である者であつて、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」とは日常生活自立度のランクIIに該当する者としてしていますか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
10 認知症行動・心理症状緊急対応加算	<p>① 短期利用居宅介護費について、医師が、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、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、利用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ますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指します。</p>			
	<p>※ 本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用（短期利用居宅介護費）が必要であると医師が判断した場合であつて、介護支援専門員、受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用（短期利用居宅介護費）を開始した場合に算定することができます。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できます。この際、短期利用（短期利用居宅介護費）ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあつては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要があります。</p>			
	<p>※ この際、短期利用（短期利用居宅介護費）ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあつては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要があります。</p>			

	<p>※ 次に掲げる者が、直接、短期利用（短期利用居宅介護費）を開始した場合には、当該加算は算定できません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院又は診療所に入院中の者 ・ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 ・ 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 			
	<p>※ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録してください。</p> <p>また、事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録してください。</p>			
	<p>※ 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用（短期利用居宅介護費）の継続を妨げるものではないことに留意してください。</p>			
11 若年性認知症利用者受入加算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所において、若年性認知症利用者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合には1月につき所定単位数を算定していますか。（短期利用居宅介護費を算定している者を除く。）ただし、認知症加算を算定している場合は算定できません。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 【厚生労働大臣が定める基準】 受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行ってください。</p>			
12 看護職員配置加算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1月につきそれぞれ所定の単位数を算定していますか。（短期利用居宅介護費を算定している者を除く。）ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次のその他の加算は算定できません。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>※ 【厚生労働大臣が定める施設基準】 (1) 看護職員配置加算（Ⅰ） 常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している場合 (2) 看護職員配置加算（Ⅱ） 常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している場合 (3) 看護職員配置加算（Ⅲ） 看護職員を常勤換算法で1名以上配置している場合</p>			
	<p>② 看護職員配置加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）ともに定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

13 看取り連携体制加算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合は、看取り連携体制加算として、死亡日及び死亡日以前30日以下について1日につき64単位を死亡月に加算していますか（短期利用を除く）。ただし、この場合において、看護職員配置加算(I)を算定していない場合は、算定できません。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 【厚生労働大臣が定める施設基準】 看護師により24時間連絡できる体制を確保していますか。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	<p>③ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていますか。</p> <p>※ 【厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者】 次の(1)(2)ともに適合する利用者 (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者 (2) 看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）</p> <p>※ 登録者の自宅で介護を受ける場合又は小規模多機能型居宅介護事業所において介護を受ける場合のいずれについても算定が可能です。</p> <p>※ 死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能ですが、その際には、当該小規模多機能型居宅介護事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができません。 したがって、入院した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り連携体制加算を算定することはできません。</p> <p>※ 「24時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても小規模多機能型居宅介護事業所から連絡でき、必要な場合には小規模多機能型居宅介護事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制をいうものです。</p> <p>※ 管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取り期における対応方針」が定められていることが必要であり、同対応方針においては、例えば、次に掲げる事項を含んでください。 ア 当該事業所における看取り期における対応方針に関する考え方 イ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時に対応を含む。） ウ 登録者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法 エ 登録者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式 オ その他職員の具体的対応等</p> <p>※ 看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制について、適宜見直しを行ってください。</p> <p>※ 看取り期の利用者に対するサービス提供においては、次に掲げる事項を介護記録等に記録し、多職種連携のための情報共有を行ってください。 ア 利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録 イ 看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて登録者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

	<p>※ 登録者の看取りに関する理解を支援するため、登録者の状態又は家族の求め等に応じ随時、介護記録等その他の登録者に関する記録の開示又は当該記録の写しの提供を行う際には、適宜、登録者等に理解しやすい資料を作成し、代替することは差し支えありません。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護事業所から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能ですが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、登録者側にとっては、小規模多機能型居宅介護の登録を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、登録者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておく必要があります。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護事業所は、入院の後も、継続して登録者の家族や入院先の医療機関等との継続的な関わりを持つ必要があります。なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、入院の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておく必要があります。</p> <p>※ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておく必要があります。また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、看取り期における登録者に対する介護の内容について相談し、共同して介護を行っており、家族に対する情報提供を行っている場合には、看取り連携体制加算の算定は可能です。この場合には、適切な看取り期における取組が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族に対する連絡状況等について記載しておく必要があります。なお、家族が利用者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、事業所は、定期的に連絡を取ることにより、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要です。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護事業所の宿泊室等において看取りを行う際には、プライバシーの確保及び家族への配慮について十分留意することが必要です。</p> <p>※ 看取り期の利用者に対するサービス提供に当たっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めてください。</p>			
14 訪問体制強化加算	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための指定小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、訪問体制強化加算として、1月につき所定単位数を加算していますか（短期利用を除く）。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

	<p>② 【厚生労働大臣が定める基準】 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置していますか。</p> <p>(2) 算定日が属する月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上あります。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホームもしくは有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅）を併設する場合は、登録者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）を算定する者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、小規模多機能型居宅介護費（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）を算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であることとします。</p> <p>※ 当該加算を算定する際は、上記②の根拠となる訪問サービスの内容を記録しておいてください。</p> <p>※ 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、訪問サービスも行っている常勤の従業者を2名以上配置した場合に算定が可能です。</p> <p>※ 「訪問サービスの提供回数」は、毎月ごとに1回の訪問を1回のサービス提供として算定してください。なお、訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声かけ等を行った場合でも、訪問サービスの回数に含めて差し支えありません。 なお、本加算は介護予防小規模多機能型居宅介護については算定しないため、小規模多機能型居宅介護の登録者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行ってください。</p> <p>※ 指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、各月の前月の末日時点（新たに事業を開始し、又は再開した事業所については事業開始（再開）日）における登録者のうち同一建物居住者以外の者（小規模多機能型居宅介護費（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）を算定する者）の占める割合が100分の50以上であって、かつ、上記の※の要件を満たす場合に算定します。 ただし、「訪問サービスの提供回数」は同一建物居住者以外の者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行ってください。</p>	<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>15 総合マネジメント体制強化加算 (1)</p>	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所が、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算していますか（短期利用を除く）。</p> <p>(1) 総合マネジメント体制強化加算 (I) (2) 総合マネジメント体制強化加算 (II)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>運営指導時点で総合マネジメント加算 (II) の届出がされています。もし (I) の要件を満たすようであれば再度確認し必要に応じて加算取得してください。 以下同じ</p>

総合マネジメント
体制強化加算
(2)

(1) 【厚生労働大臣が定める基準】

総合マネジメント体制強化加算 (I)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画（指定地域密着型サービス基準第77条第1項に規定する小規模多機能型居宅介護計画をいう。以下同じ。）の見直しを行っていますか。

いる
 いない

②利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していますか。

いる
 いない

③日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していますか。

いる

④必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービス（介護給付費等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付費等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう。第七十九号イ(5)において同じ。）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していますか。

いない
 いる
 いない

⑤次に掲げる基準のいずれかに適合していますか。

ア 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。

イ 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。

ウ 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。四町町村が実施する法第百十五条の四十五第一項第二号に掲げる事業や同条第二項第四号に掲げる事業等に参加していること。

いる
 いない

(2) 総合マネジメント体制強化加算 (II)

(1) 総合マネジメント体制強化加算 (I) ①及び②に掲げる基準に適合していますか。

いる
 いない

適
 否

※

総合マネジメント体制強化加算は、指定小規模多機能型居宅介護事業所において、登録者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、登録者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて「通い・訪問・宿泊」を柔軟に組み合わせて提供するために、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が日常的に行う調整や情報共有、多様な関係機関や地域住民等との調整や地域住民等との交流等の取組、また、小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれた拠点となり、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進するため、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価するものです。

	<p>※ 総合マネジメント体制強化加算は、次に掲げるいずれにも該当する場合に算定することができます。</p> <p>ア 小規模多機能型居宅介護計画について、登録者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。</p> <p>イ 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加すること。</p> <p>(地域の行事や活動の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> 登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や町町村等とともに解決する取組(行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等) 登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組(登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等) <p>ウ 利用者及び利用者と関わりのある地域住民や商店等からの日頃からの相談体制を構築し、事業所内外の人(主に独居、認知症の人とその家族)にとって身近な拠点となるよう事業所が主体となって、地域の相談窓口としての役割を担っていること。</p> <p>エ 居宅サービス計画について、必要に応じて多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような計画を作成していること。なお、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは、介護給付費等対象サービス(介護保険法第24条第2項に規定する介護給付費等対象サービスをいう。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等のことをいう。</p> <p>オ 次に掲げるいずれかに該当すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。なお、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組とは、例えば、利用者となじみの関係にある地域住民・商店等の多様な主体との関わり、利用者の地域における役割、生きがいなどを可視化したものを作成し、事業所の従業者で共有していることをいう。 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、指定小規模多機能型居宅介護事業所において、世代間の交流の場を設けている(障害 			
<p>16 生活機能向上連携加算</p>	<p>① 下記の基準に適合しているものとして、小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合は、所定単位数を加算していますか。</p> <p>(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)</p> <p>(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)</p> <hr/> <p>【生活機能向上連携加算の算定上の留意事項】</p> <p>(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)</p> <p>計画作成担当者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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(以下、「介護計画」という。)を作成し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該指定小規模多機能型居宅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ますか。</p> <p>※ ① 本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が、助言に基づき①イの小規模多機能型居宅介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的実施することを評価するものです。</p> <p>※ ② 「生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものでなければなりません。</p>	<p><input type="checkbox"/> いる</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	
		<p><input type="checkbox"/> いる</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input type="checkbox"/> 適</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	

<p>※ ③ 介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければなりません。 ア 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 イ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3月を目標とする達成目標 ウ イの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 エ イ及びウの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容</p>			
<p>※ ④ ③のイ及びウの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定してください。</p>			
<p>※ ⑤ 介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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場において把握し、又は指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者に助言を行ってください。 なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成担当者と事前に方法等を調整してください。</p>			
<p>※ ⑥ 当該小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者は、⑤の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①の計画の作成を行ってください なお、介護計画には、⑤の助言の内容を記載してください。</p>			
<p>※ ⑦ 本加算は、介護計画に基づき指定小規模多機能型居宅介護を提供した初回の月に限り、算定されるものです。 なお、⑤の助言に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能ですが、利用者の急性増悪等により小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合を除き、介護計画に基づき指定小規模多機能型居宅介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しません。</p>			
<p>※ ⑧ ③エの3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告してください。再度⑤の助言に基づき介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能です。</p>			
<p>(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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当該利用者の居宅を訪問した際に、介護支援専門員が同行する等により当該医師、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態等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合であって、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、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該指定小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月以降3月の間、所定単位数を加算していますか。 ただし、(1)を算定している場合には算定できません。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

- ※ 「生活機能向上連携加算(Ⅱ)」について
- ① 生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定小規模多機能型居宅介護の内容を定めたものでなければなりません。
- ※ ② ①の小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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（病院にあっては、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は当該理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後、共同してカンファレンス（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く）を行い、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」）を行います。
- また、カンファレンスは、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。また、この場合の「カンファレンス」は、サービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で、計画作成責任者及び理学療法士等により実施されるもので差し支えありません。さらに、この「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のことです。
- ※ ③ ①の小規模多機能型居宅介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければなりません。
- ア 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- イ 生活機能アセスメントの結果に基づき、アの内容について定めた3月を目途とする達成目標
- ウ イの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- エ イ及びウの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容
- ※ ④ ③のイ及びウの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定してください。
- ※ ⑤ ①の小規模多機能型居宅介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定小規模多機能型居宅介護の内容としては、例えば次のようなものが考えられます。
- 【達成目標「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定】
- ・（1月目）訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
 - ・（2月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら排泄の介助を行う。
 - ・（3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定小規模多機能型居宅介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。

	<p>※ ⑥ 本加算は②の評価に基づき、①の小規模多機能型居宅介護計画に基づき提供された初回の指定小規模多機能型居宅介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度イの評価に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直す必要があります。なお、当該3月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定可能です。</p> <p>※ ⑦ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③のイの達成目標を踏まえた適切な対応を行ってください。</p>			
17 口腔・栄養スクリーニング加算	<p>① 小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所の従業者が、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のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき所定単位数を加算していますか。 ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できません。</p> <p>② 【厚生労働大臣が定める基準】 以下のAからCまでのいずれにも該当すること。</p> <p>A 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（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に提供していますか。</p> <p>B 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（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。</p> <p>C 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。</p> <p>※ 口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意してください。</p> <p>※ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供してください。 ア 口腔スクリーニング a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 b 入れ歯を使っている者 c むせやすい者 イ 栄養スクリーニング a BMIが18.5未満である者 b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p>	<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
		<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	
		<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>		
		<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>		
18 科学的介護推進体制加算	<p>① 小規模多機能型居宅介護について、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p>	

	②	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	③	必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって②に規定する情報その他指定小規模多機能型居宅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ますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	※	科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できます。			
	※	情報の提出については、LIFEを用いて行うこととします。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照してください。			
	※	事業所は、利用者に提供するサービス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、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められます。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはなりません。 ア 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する(Plan)。 イ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。 ウ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。 エ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。			
19 生産性向上推進体制加算	①	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所において、利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算していますか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。 (1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
		【厚生労働大臣が定める基準】			
	②	生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	A	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ますか。 ア 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 イ 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ウ 介護機器の定期的な点検 エ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	B	A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りますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	C	介護機器を複数種類活用していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

	D	A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ますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	E	事業年度ごとにA、C及びDの取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	③	生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	A	②のAに適合していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	B	介護機器を活用していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	C	事業年度ごとにB及び②のAの取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	※	加算の内容については、別途通知(「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」)を参照してください。			
20 サービス提供体制強化加算	①	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所が、登録者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、区分に従い、小規模多機能型居宅介護費は1月につき、短期利用居宅介護費は1日につき、所定の単位数を算定していますか。ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次のその他の加算は算定できません。 (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
		【厚生労働大臣が定める基準】			
	②	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合していること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	A	事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、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ますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	B	利用者に対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従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	C	次のいずれかに適合していますか。 ア 従業者(看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 イ 従業者(看護師又は准看護師を除く)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以上であること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	D	通所介護費等算定方法第7号に規定する基準のいずれにも該当していませんか。(定員超過及び人員欠如)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる		
	③	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	A	従業者(看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合は100分の50以上ですか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	B	②のA、B及びDに該当していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	④	サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	A	次のいずれかに適合していますか。 ア 従業者(看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 イ 従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ウ 従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	B	②のA、B及びDに該当していますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	※	「研修」は、従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修機関、実施時期等を定めた計画を策定しなければなりません。			

	<p>※ 会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p> <p>※ 「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」とは、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、記載しなければなりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項 <p>※ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとします。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとします。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月以降届出が可能となるものである必要があります。</p> <p>なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とします。</p> <p>※ 上記ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出をしてください</p> <p>※ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。</p> <p>※ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとしています。</p> <p>※ 同一の事業所において介護予防小規模多機能型居宅介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととします。</p>			
21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ	<p>① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所が、利用者に対し小規模多機能型居宅介護を行った場合は、次に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の149/1000 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の146/1000 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の134/1000 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の106/1000</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

【厚生労働大臣が定める基準】			
②	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上とな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こと。 ア 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)を算定した場合に算定することが見込まれる額の二分の一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ものであること。 イ 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所において、介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること。ただし、介護職員等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 checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所において、Aの賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他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処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、町町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）に届け出ていること。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
C	介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。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、その内容について町町村長に届け出ること。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
D	指定小規模多機能型居宅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町町村長に報告すること。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
E	算定日が属する月の前12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、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
F	当該指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護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こと。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
G	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ア 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。）を定めていること。 イ ア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こと。 ウ 介護職員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機会を確保していること。 エ ウについて、全ての介護職員に周知していること。 オ 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的に昇給を判定する仕組みを設けていること。 カ オ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こと。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
H	B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こと。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
I	H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こと。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	
J	小規模多機能型居宅介護費における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こと。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	
③	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） ②のAからIまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
④	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） ②のAア及びBからHまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否

	<p>⑤ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） ②のAア、BからFまで、Gアからエまで及びHまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
22 介護職員等処遇改善加算 V	<p>① 令和7年3月31日までの間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、町長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所（「介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」を算定しているものを除く。）が、利用者に対し、小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。 （1）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の132に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （2）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の121に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （3）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の129に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （4）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の118に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （5）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の104に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （6）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の101に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （7）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の88に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （8）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の117に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （9）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の85に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （10）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の71に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （11）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の89に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （12）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の68に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数 （13）介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） 単位数の1000分の72に相当する単位数 1から20までにより算定した単位数</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>② 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	<p>令和6年5月31日において現に指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示による改正前の指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表（以下「旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。）の小規模多機能型居宅介護費における介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	<p>「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ及びBからJまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	<p>③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（2） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	<p>令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	<p>「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからGまで、Gアからエまで及びHからJまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	<p>④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（3） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	<p>令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。</p>	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ及びBからIまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
⑤	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（4）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅱ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで、Gアからエまで、H及びIに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
⑥	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（5）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅱ）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで、Gアからエまで及びHからJまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
⑦	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（6）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅱ）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで、Gアからエまで、H及びIに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
⑧	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（7）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅲ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで及びHからJまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
C	次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 ア 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 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。）を定めていること。 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こと。 イ 次に掲げる要件の全てに適合すること。 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こと。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
⑨	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（8）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②A（ア及びイに係る部分を除く。）及びBからHまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	

⑩	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（Ⅸ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅲ）、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで、H及びIに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 ア 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 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。）を定めていること。 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こと。 イ 次に掲げる要件の全てに適合すること。 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こと。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
⑪	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（Ⅹ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅲ）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②Aイ、BからFまで及びHからJまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 ア 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 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。）を定めていること。 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こと。 イ 次に掲げる要件の全てに適合すること。 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こと。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
⑫	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（Ⅺ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	令和6年5月31日において現に旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅱ）を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	「21 介護職員等処遇改善加算ⅠⅡⅢⅣ」②A（ア及びイに係る部分を除く。）、BからFまで、Gアからエまで及びHに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 ア 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 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。）を定めていること。 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こと。 イ 次に掲げる要件の全てに適合すること。 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こと。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
⑬	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（Ⅻ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

A	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
⑭	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
⑮	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
A	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
B	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
C	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

第8 その他				
1 サービス利用前の健康診断書の提出	<p>① サービス利用前に利用申込者に対して、健康診断書を提出するよう求めていますか。また、健康診断書の提出を拒んだ場合、サービスの提供を拒否していませんか。 〔健康診断書の提出を求めている場合、その理由及び主な項目〕</p> <p>※ (平成13年3月28日 運営基準等に係るQ&Aから) 通所介護については通常相当期間以上にわたって集団的な生活を送るサービスではないことから、必ずしも健康診断書の提出等による事前の健康状態の把握が不可欠であるとは言えないが、サービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供等によっても健康状態の把握ができない場合に事業所として利用申込者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用の負担については利用申込者とサービス提供事業者との協議によるものとする。しかし、そうした求めに利用申込者が応じない場合であっても、一般的にはサービス提供拒否の正当な事由に該当するものではないと考えられる。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
2 介護サービス情報の公表	<p>① 指定情報公表センターへ基本情報と運営情報を報告するとともに見直しを行っていますか。</p> <p>※ 原則として、前年度に介護サービスの対価として支払を受けた金額が100万円を超えるサービスが対象</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
3 法令遵守等の業務管理体制の整備	<p>① 業務管理体制を適切に整備し、関係行政機関に届け出ていますか。 届出年月日 [平成19年 5月 1日] 法令遵守責任者 職名 [施設管理者] 氏名 [伊東 博幸]</p> <p>※ [事業者が整備等する業務管理体制の内容] ◎事業所等の数が20未満 ・ 整備届出事項：法令遵守責任者 ・ 届出書の記載すべき事項：名称又は氏名、主たる事務所の所在地、代表者氏名等、法令遵守責任者氏名等 ◎事業所等の数が20以上100未満 ・ 整備届出事項：法令遵守責任者、法令遵守規程 ・ 届出書の記載すべき事項：名称又は氏名、主たる事務所の所在地、代表者氏名等、法令遵守責任者氏名等、法令遵守規程の概要 ◎事業所等の数が100以上 ・ 整備届出事項：法令遵守責任者、法令遵守規程、業務執行監査の定期的実施 ・ 届出書の記載すべき事項：名称又は氏名、主たる事務所の所在地、代表者氏名等、法令遵守責任者氏名等、法令遵守規程の概要、業務執行監査の方法の概要</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	② 業務管理体制（法令等遵守）についての考え（方針）を定め、職員に周知していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
	<p>③ 業務管理体制（法令等遵守）について、具体的な取組を行っていますか。</p> <p>※ 具体的な取り組みを行っている場合は、次のアからカまでを○で囲み、カについては内容を記入してください。 <input type="checkbox"/> ア 介護報酬の請求等のチェックを実施 <input type="checkbox"/> イ 法令違反行為の疑いのある内部通報、事故があった場合速やかに調査を行い、必要な措置を取っている <input type="checkbox"/> ウ 利用者からの相談・苦情等に法令違反行為に関する情報が含まれているものについて、内容を調査し、関係する部門と情報共有を図っている。 <input type="checkbox"/> エ 業務管理体制についての研修を実施している <input type="checkbox"/> オ 法令遵守規程を整備している <input type="checkbox"/> カ その他（ ）</p>	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

④ 業務管理体制（法令等遵守）の取組について、評価・改善活動を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--