

【指定看護小規模多機能型居宅介護】

自己点検シート（指定看護小規模多機能型居宅介護）

【記入日：令和 年 月 日・記入者氏名： \_\_\_\_\_ ・ 連絡先：TEL \_\_\_\_\_ 】

点検した結果を記載してください。 【事業所名： \_\_\_\_\_ 】

令和6年度版

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
一般原則 (基準第3条) (予防基準第3条)	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、市、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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。（令和6年4月1日から義務化）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ サービスを提供するに当たっては、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。 ※ 介護保険等関連情報とは、次に掲げる事項に関する情報のことです。 一 介護給付等に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は要介護認定及び要支援認定別の状況その他の厚生労働省令で定める事項 二 被保険者の要介護認定及び要支援認定における調査に関する状況その他の厚生労働省令で定める事項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I 基本方針

1. 基本方針 (基準第170条)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。	定款 運営規程 パンフレット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護者がその居宅において、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、入浴、排泄、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を目指すものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
II 人員基準					
1. 従業者の員数等 (基準第171条) 【介護職員】 【介護支援専門員】	(介護従業者) 夜間及び深夜の時間帯以外に介護従事者(看護職員及び介護職員)を常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数(前年度の平均値)が3又はその端数を増すごとに1以上及び訪問サービスの提供に当たる介護従事者が常勤換算方法で2以上(サテライトの場合は2名以上※常勤換算ではない)とし、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上及び宿直勤務に当たる者を当該宿直勤務に必要な数以上となっていますか。(サテライトの場合は、本体事業所の宿直職員が、当該サテライト事業所の登録者からの訪問サービスの要請に適切に対応できるときは、宿直職員を配置しないことも可能)	勤務表 雇用契約書 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊サービスの利用者がいない場合、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るが、夜間及び深夜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ますか。 【夜間及び深夜の時間帯】午後 時 ~ 午前 時		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者のうち、1以上の者は常勤の保健師又は看護師となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者のうち常勤換算で2.5以上の者は、保健師、看護師又は准看護師となっていますか。 ※ サテライト型事業所の場合は常勤換算方法で1以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通い及び訪問サービスにあたる介護従業者のうち、1以上の者は看護職員(保健師、看護師又は准看護師)となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(介護支援専門員) 登録者に係る居宅サービス計画及び看護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配置していますか。 (サテライトの場合は、本体事業所の介護支援専門員により当該サテライト事業所の登録者に対して居宅サービス計画の作成が適切に行われる時は、介護支援専門員に代えて、「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了している者を置くことができる。)	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	兼務の場合、利用者の処遇に支障がなく、かつ当該事業所の従業者または併設の指定認知症対応型共同生活介護事業所・指定地域密着型特定施設・指定地域密着型介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設(医療法第7条第2項第四項に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る)の職務に従事していますか。 (兼務職種: )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(注) 別紙(参考様式)「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成のうえ添付してください。

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
2. 管理者 (基準第172条)	事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を配置していますか。 (サテライトの場合は、管理者は本体事業所の管理者を充てることとされているが、当該事業所の管理者が保健師又は看護師でないときは、当該管理者は認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している必要がある。)	勤務表 雇用契約書 組織体制図 職務経歴書 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	兼務の場合、当該事業所の従業者または他の事業所、施設等の職務に従事していますか。 (兼務職種: )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している者又は保健師若しくは看護師ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験がある者ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 代表者 (基準第173条)	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従事者若しくは訪問介護員等として認知症であるもの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すか。	組織体制図 職務経歴書 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者又は保健師若しくは看護師ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
Ⅲ 設備に関する基準					
1. 登録定員及び利用定員 (基準第174条)	登録定員は29名以下となっていますか。 (サテライトの場合は18人)	利用者名簿 運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通いサービスの定員は、登録定員の1/2から15名までの範囲内となっていますか。 (※ サテライトの場合は登録定員の1/2から12名までの範囲内) 登録定員が、 26・27人の場合は、16人まで、28人の場合は、17人、29人の場合は、18人までとなっ ていますか。 また、宿泊サービスの定員は、通いサービスの利用定員の1/3から9名までの範囲 内となっていますか。(※ サテライトの場合は登録定員の1/3から6名までの範囲 内)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 設備及び備品 等 (基準第175条)	居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、 その他サービス提供に必要な設備・備品等を備えていますか。	運営規程 平面図 設備・備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居間及び食堂の面積は、機能を十分に発揮しうる適当な広さ(1人当たり3㎡以上) を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊室・個室の定員は1人、延床面積は7.43㎡以上で(利用者の処遇上必要と認めら れる場合は2人でも可)になっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個室以外の宿泊室の合計面積が1人あたり概ね7.43㎡以上(病院又は診療所である場 合であって定員が1人である宿泊室の床面積については6.4㎡以上)でプライバシーが 確保された構造となっていますか。(プライバシーを確保された居間の面積も含めて よい。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者と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、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りま すか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消火設備等(消防法その他法令等に規定された設備)を有していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
IV 運営に関する基準					
1. 内容及び手続の説明及び同意 (基準第3条の7準用)	利用申込者又は家族に対し、事業所の概要、重要事項(※1)について記した文書を交付して(※2)説明を行い、提供の開始について同意を得ていますか。 ※1 運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応等、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、実施した評価機関名等、評価結果の開示状況)等の利用者のサービス選択に資すると認められる ※2 文書の交付は、電磁的方法でも可。	重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 提供拒否の禁止 (基準第3条の8準用)	正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。 ※ 要介護度や所得の多寡等を理由にサービス提供を拒否していませんか。 (提供を拒むことのできる正当な理由) ①当該事業所の現員から利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③その他利用申込者に対し自ら適切な指定看護小規模多機能型居宅介護を提供することが困難な場合	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. サービス提供困難時の対応 (基準第3条の9準用)	サービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定看護小規模多機能型居宅介護事業者等の紹介その他必要な措置を速やかに行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 受給資格等の確認 (基準第3条の10準用)	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無、有効期間を確認していますか。被保険者証に認定審査会意見の記載がある場合は、それに配慮してサービス提供を行っていますか。	被保険者証の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 要介護認定の申請に係る援助 (基準第3条の11準用)	利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が要介護認定を申請していない場合、利用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。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 心身の状況等の把握 (基準第68条準用)	サービスの提供に当たって、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、その他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。	会議録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 居宅サービス事業者等との連携 (基準第69条準用)	サービスの提供に当たっては、居宅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を行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たっては、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を行っていますか。	指示書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携を行い情報提供を行っていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 身分を証する書類の携行 (基準第70条準用)	訪問サービスの提供に当たる者に身分証明証(事業所の名称、訪問サービスの提供に当たる者の氏名、写真、職種を記載したもの)や名札を携行させ、初回訪問時及び相手方に求められたときに掲示するように指導していますか。	身分を証する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. サービスの提供の記録 (基準第3条の18準用)	介護サービスを提供した際は、次の内容を記録し、サービス提供日から5年間保存していますか。 ・サービス提供日 ・サービス内容 ・利用者の心身の状況 ・その他必要な事項 等	サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者からの申出があった場合に、文書の交付等の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。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
10. 利用料等の受領 (基準第71条準用)	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていませんか。	運営規程 領収証(控)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護給付費の対象となる指定看護小規模多機能型居宅介護のサービスと明確に区分されるサービスについて、介護保険給付の対象とならないサービスである事を利用者又は家族に対し説明を行い、理解を得ていますか。	説明文書 同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用料のほか、次の①～⑤の支払いを受けていますか。 ①利用者の選択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するの送迎費用 ②利用者の選択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訪問サービスを提供した場合の交通費 ③食事の提供に要する費用 ④宿泊に要する費用 ⑤オムツ代	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他指定看護小規模多機能型居宅介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認めらるる費用の支払いを受けていますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	前2項目の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ていますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に要した費用について支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付していますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	領収書に保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用については個別の費用ごとに区分して記載していますか。	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 保険給付の請求のための証明書の交付 (基準第3条の20準用)	保険給付対象額のうち、医療費控除の対象となる額を明示して記載していますか。 ※平成12年6月12日厚生省令事務連絡「介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取扱いに係る留意点について」(参照)	請求書 領収書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法定代理受領サービスに該当しない指定看護小規模多機能型居宅介護の利用料の支払を受けた場合は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対し交付していますか。	サービス提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 指定看護小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針 (基準第176条)	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らの提供する指定看護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。 ※ 自己評価及び運営推進会議における評価は年1回以上実施。 ※ 評価結果を入居者及びその家族に交付する、事業所内の見やすい場所に掲示する、ホームページに掲載する等の方法により公表することが必要	評価結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針 (基準第177条)	利用者の病状、心身状況、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、当該利用者の居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、日常生活上の世話及び機能訓練並びに療養上の世話又は必要な診療の補助を妥当かつ適切に行っていますか。 ※ 制度上は週1回程度の利用でも所定点数の算定は可能だが、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。 ※ 指定看護小規模多機能型居宅介護は、通い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るが、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が利用できるよう調整を行うことが必要。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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の提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項その他サービスの提供等について説明又は必要に応じた指導を行っていますか。 ※ 「サービスの提供等」とは、個別計画の目標及び内容や行事及び日課等も含む。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
13. 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な取扱い方針 (基準第177条) (身体拘束について)	サービス提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合(切迫性、非代替性、一時性を満たす場合)を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態及び時間、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、2年間保存していますか。 ※ 必要性については、個人だけでなく施設全体で判断を行うことが必要。 ※ 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、本人又はその家族に説明し、同意を得ることが必要。	身体的拘束等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるもの)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 (委員会での検討が想定される内容) ・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。 ・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、整備された様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 ・身体的拘束等適正化検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。 ・事例の分析に当たっては、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。 ・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。 ・適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する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。	議事録、資料等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体的拘束等の適正化のため指針を整備していますか。また、項目には「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」「身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項」「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」「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」「身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針」「利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針」「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」の7項目を含んでいますか。	身体的拘束等の適正化のための指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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新規採用時及び定期的(年2回以上)実施していますか。※ 研修内容の記録が必要。	研修記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(利用者数及び日数)	通いサービスの利用者が登録者数に比べて著しく少ない状態(概ね1/3以下)となっていないですか。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が通いサービスを利用していない日においても、訪問サービス・電話連絡等による見守り等適切なサービスを提供していますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通い・宿泊・訪問サービスをあわせて週4日以上提供していますか。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ている場合も回数に含めて差し支えありません。	サービス提供記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護サービス(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。))が利用者に対して行う療養上の世話又は必要な診療の補助であるものをいう。)の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携により、及び看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復が図られるよう妥当適切に行われていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、サービスの提供を行っているか。また、特殊な看護等を行っていないか。 ※ 「適切な看護技術」とは、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであり、医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護等については行ってはならない。	研修記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 主治の医師との関係 (基準第178条)	指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な看護サービスが提供されるよう、必要な管理を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けていますか。 ※ 看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院または診療所である場合には主治医の指示は診療記録に記載されるもので差し支えありません。	医師の指示書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	主治の医師に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図っていますか。 ※ 看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院または診療所である場合には報告書の提出は診療記録への記載をもって代えることができます。	看護小規模多機能型居宅介護計画書 看護小規模多機能型居宅介護報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
15. 居宅サービス計画の作成 (基準第74条準用)	①介護支援専門員に、登録者の居宅サービス計画作成に関する業務を担当させていますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、下記の指定居宅介護支援等基準に定める具体的取扱方針に沿って行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②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、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③居宅サービス計画の作成に当たって、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④居宅サービス計画の作成に当たって、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス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利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤居宅サービス計画の作成の開始に当たって、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供していますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥居宅サービス計画の作成に当たって、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握していますか。 課題分析票の種類（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接を行っていますか。 ※ 入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行わなければならない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦-2 この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及び達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を指定居宅サービス等の担当者と共に共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者に対し、専門的な見地からの意見を求めていますか。 ※ 利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認められる場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。	議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ていますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び指定居宅サービス等の担当者に交付していますか。	受け取りが確認できる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑫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、訪問介護計画等の個別サービス計画の提出を求めていますか。	個別サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑬居宅サービス計画の作成後、モニタリング（居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての解決すべき課題の継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行っていますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬-2 指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑭実施状況の把握（モニタリング）に当たって、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行っていますか。 ※ 特段の事情とは、利用者の事情により、利用者宅の訪問・面接ができない場合を主とし、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。 ※ 特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しておくこと。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑭-2 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していますか。また、モニタリングの結果を記録していますか。	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
15. 居宅サービス計画の作成 (基準第74条準用)	<p>⑭-3ただし、次のいずれにも該当する場合で、少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。</p> <p>(1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。  (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。  (i) 利用者の心身の状況が安定していること。  (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。  (iii) 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、以下のイからホに掲げる事項について留意する必要がある。</p> <p>イ 文書により利用者の同意を得る必要がある。その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は2月に1回であること等）を懇切丁寧に説明することが重要である。なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述の口の観点からも、テレビ電話装置を活用した面接の対象者として想定されない。</p> <p>ロ 利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からのからの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の状況に変更が無いこと。</li> <li>・住環境に変化が無いこと。（住宅改修による手すり設置やトイレの改修などを含む）</li> <li>・サービス（介護保険サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと。</li> </ul> <p>ハ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を通じて、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができる必要がある。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えない。</p> <p>ニ テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完する必要がある。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、別途通知する「情報連携シート」を参考にされたい。</p> <p>ホ 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑮次に掲げる場合において、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。  ※ やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。</p> <p>① 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合  ② 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	議事録 意見交換の記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑯居宅サービス計画の変更については、上記の規定に基づき行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑰適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行っていますか。</p>	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑱介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑲-2 居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出していますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護1 1月につき27回</li> <li>・要介護2 1月につき34回</li> <li>・要介護3 1月につき43回</li> <li>・要介護4 1月につき38回</li> <li>・要介護5 1月につき31回</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑲-3 居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費の総額が法第四十三条第二項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であつて、かつ、市町村からの求めがあつた場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ているか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑲利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めていますか。</p>	対応記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑲-2 医療サービスを利用する場合は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付していますか。</p>	受け取りが確認できる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
15. 居宅サービス計画の作成 (基準第74条準用)	⑳居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置づける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービスに係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行っていますか。 特に、退院後の訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションは、早期開始のため、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成するよう努めていますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉑居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合、利用日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしていますか。 (利用者の心身の状況、本人、家族等の意向に照らし、上記の日数を超えた利用が必要と認められる場合を除く。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉒居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証した上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載していますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉓居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載していますか。 また、利用者が福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを選定できるよう必要な情報を提供していますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉔利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（居宅又は地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成していますか。	居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉕要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	㉖地域ケア会議からのケアマネジメントの事例の提供等、検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 法定代理受領サービスに係る報告 (基準第75条準用)	居宅サービス計画において位置付けられている指定看護小規模多機能型居宅介護又は指定居宅サービス等のうち法定代理受領として位置付けられたものに関する情報を記載した文書（給付管理票）を毎月提出していますか。	給付管理票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付 (基準第76条準用)	登録者が他の指定看護小規模多機能型居宅介護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った場合には、当該登録者に対し、直近の居宅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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成 (基準第179条)	介護支援専門員に看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、看護師等（准看護師を除く。）に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させていますか。	勤務表 雇用契約書 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行っていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動（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）が確保されるものとなるように努めていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した看護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て提供していますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得ていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付していますか。	受け取りが確認できる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画の作成後においても、常に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、必要に応じて計画の変更を行っていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を作成しなければならない。 ※ 看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院または診療所である場合には報告書の提出は診療記録への記載をもって代えることができます。	看護小規模多機能型居宅介護報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
19. 介護等 (基準第78条準用)	利用者の心身の状況に応じて、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できるよう、必要な介護サービスの提供又は必要な支援を行っていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護サービスを、利用者の負担により、利用者の居宅又は当該サービスの拠点における看護小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせていないか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の食事その他の家事等（食事、清掃、洗濯、買物、園芸、レクリエーション、行事等）は、可能な限り利用者と看護小規模多機能型居宅介護従業者が共同で行うよう努めていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 社会生活上の便宜の提供等 (基準第79条準用)	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いますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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事が困難である場合、その者の同意を得て、代わって行っていますか。	同意書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常に利用者の家族と連携を図るとともに、利用者の家族に対し、利用者とその家族との交流等の機会（会報の送付、行事への参加の呼びかけ等）を確保するように努めていますか。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 利用者に関する市町村への通知 (基準第3条の26準用)	指定看護小規模多機能型居宅介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく意見を付してその旨を市町村に通知していますか。 ①正当な理由なしに指定看護小規模多機能型居宅介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。 ②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。	意見通知文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 緊急時の対応 (基準第180条)	サービス提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡等の必要な措置を講じていますか。	運営規程 利用者に係る記録 事故対応マニュアル 事故記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員は必要に応じて臨時応急の手当てを行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 管理者の責務 (基準第28条準用)	管理者は、事業所の従業者の管理及び利用申込に係る調整、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。	組織図 運営規程 職員分担表 業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の従業者に運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	組織図 運営規程 職員分担表 業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 運営規程 (基準第81条準用)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定看護小規模多機能型居宅介護の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 ⑤指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩虐待の防止のための措置に関する事項 ⑪その他運営に関する重要事項	運営規程 指定申請書（控） 変更届出書（控）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
25. 勤務体制の確保等 (基準第30条準用)	利用者に対し、適切な指定看護小規模多機能型居宅介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、月ごとの勤務の実績とともに記録しているか。日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の看護職員、介護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にしていますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の従業者によって看護小規模多機能型居宅介護を提供していますか。 ※ ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者の資質向上のために研修の機会を確保していますか。 また、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等資格取得過程で修了している者を除く）に対し、認知症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。 また、新卒採用、中途採用を問わず事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとしています。	研修計画 研修資料 資格証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	作成した研修計画に従い、当該事業所内で研修を実施するとともに、研修機関が実施する研修への参加の機会を確保するなど、従業者の計画的な人材育成に努めていますか。	研修計画 研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
適切な指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。 (事業主が講ずべき措置の具体的内容) ・事業者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、従業者に周知啓発すること。 ・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、従業者へ周知すること。 (事業主が講じることが望ましい取組) ・相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 ・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) ・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)	ハラスメント対応 方針 相談体制が確認できるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. 定員の遵守 (基準第32条準用)	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提供を行っていますか。 ※ 災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 業務継続計画の策定等 (基準第3条の30の2準用) (BCPの中に必要な項目を盛り込んで、包含して作成可)	感染症及び非常災害の発生時に早期に業務再開を図るための計画を策定していますか。 また、計画には下記の項目が盛り込まれていますか。 【感染症に係る業務継続計画】 <input type="checkbox"/> 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等) <input type="checkbox"/> 初動対応 <input type="checkbox"/> 感染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) 【災害に係る業務継続計画】 <input type="checkbox"/> 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) <input type="checkbox"/> 他施設及び地域との連携	業務継続計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に対し、業務継続計画を周知していますか。また、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うために、研修は定期的(年1回以上)実施し、内容を記録していますか。また、新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 ※ 感染症の業務継続計画に係る研修は、感染症の予防及びまん延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。	研修計画 研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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行う訓練(シミュレーション)を定期的(年1回以上)に実施していますか。 ※ 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、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。 ※ 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。	訓練記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行っていますか。	業務継続計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
28. 非常災害対策 (基準第82条の2)	<p>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およ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（消防法上で年2回以上）に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p> <p>※ 非常災害に関する具体的計画は、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画となっていますか。</p> <p>※ 防火管理者を置くこととされている指定看護小規模多機能型居宅介護にあってはその者に行わせていますか。</p> <p>※ 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定看護小規模多機能型居宅介護においても、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いますか。</p> <p>防火管理者氏名：( )</p>	消防計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	避難、救出その他必要な訓練の実施に当たっては地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	非常災害対策計画策定に盛り込む具体的な項目（例） ※ 以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 立地条件 <input type="checkbox"/> 施設等の立地条件 <input type="checkbox"/> 周辺地区の過去の災害発生状況 <input type="checkbox"/> 災害の発生予測		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 情報の入手方法 <input type="checkbox"/> 情報の入手方法（テレビ、ラジオ、パソコン、携帯電話等）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 災害時の連絡先及び通信手段の確認 <input type="checkbox"/> 災害時の職員間の連絡体制 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の体制整備（自治体、消防、医療機関、家族等） <input type="checkbox"/> 通常の連絡手段が通じない場合の連絡方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 避難を開始する時期、判断基準 <input type="checkbox"/> 避難開始時期の判断基準 <input type="checkbox"/> 臨時休業の判断基準、利用者への連絡方法（通所系事業所の場合）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 避難場所 <input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認 <input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認 <input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 避難経路 <input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定 <input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成 <input type="checkbox"/> 所要時間		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 避難方法 <input type="checkbox"/> 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩、ストレッチャー）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 災害時の人員体制、指揮系統 <input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】 <input type="checkbox"/> 職員の参集基準【日中・夜間】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 停電・断水時の対応（※訪問・通所は必須でない） <input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか <input type="checkbox"/> 断水を想定した対策を検討していますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 関係機関（市町村、警察、消防等）との連携体制の整備 <input type="checkbox"/> 地元自治会との連携体制の整備有無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
29. 衛生管理等 (基準第33条準用)	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。	受水槽の清掃記録 衛生管理マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌(0-157)感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置等について、別途通知等に基づき、適切な措置を講じていますか。 また、空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。	助言・指導に関する記録 定期消毒の記録 食中毒防止のための研修記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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(1)から(3)に掲げる措置を講じていますか。		/	/	/
	(1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底していますか。	委員会議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 感染症の予防及びまん延の防止のために指針を整備していますか。また、指針には以下の規定が盛り込まれていますか。 【平常時の対策】 <input type="checkbox"/> 事業所内の衛生管理(環境整備等) <input type="checkbox"/> ケアにかかる感染対策(手洗い、標準的な予防策)等  【発生時の対応】 <input type="checkbox"/> 発生状況の把握 <input type="checkbox"/> 感染拡大の防止 <input type="checkbox"/> 医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 行政等への報告等 ※ 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。	感染症の予防及びまん延の防止のための指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 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を定期的(新規採用時及び年1回以上)に実施し、その内容を記録していますか。また、感染症発生時において迅速に行動できるよう、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を行う訓練(シミュレーション)を定期的(年1回以上)に実施していますか。 ※ 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。	研修計画 研修記録 訓練記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 協力医療機関等 (基準第83条)	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。	重要事項説明書 協力医療機関との契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	重要事項説明書 協力歯科医療機関との契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えていますか。	連携先施設との契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 掲示 (基準第3条の32準用)	指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応等、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、実施した評価機関名等、評価結果の開示状況)、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、指定書を掲示していますか。 ※ 重要事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。	重要事項掲示物 指定書掲示物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重要事項をウェブサイト(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)に掲載していますか。	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 秘密保持等 (基準第3条の33準用)	従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。また、従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。 ※ 当該事業所の従業者が、従業者でなくなった後在職中及び退職後においてこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に誓約書を交わす、又は就業規則、雇用契約、労働条件通知書で取り決めておく等の措置が考えられる。	就業規則及び誓約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。 (同意書様式: 有・無、利用者: 有・無、利用者家族: 有・無)	個人情報利用同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 広告 (基準第3条の34準用)	指定看護小規模多機能型居宅介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大のものとなっていませんか。	パンフレット ポスター 広告書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 (基準第3条の35準用)	指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの特典として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
35. 苦情処理 (基準第3条の36 準用)	提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。 ※「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対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。	重要事項説明書 揭示物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	苦情を受け付けた場合には、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録していますか。苦情がサービスの質の向上を図る上で重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っていますか。	苦情に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。また、改善の内容を市に報告していますか。	苦情に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	市町村及び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指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行っていますか。 また、改善内容について求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。	指導等に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 調査への協力 (基準第34条準用)	提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切な指定看護小規模多機能型居宅介護が行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 地域との連携 (基準第34条準用)	指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定看護小規模多機能型居宅介護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、看護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（「運営推進会議」）（テレビ電話装置等を活用しておこなうことができるものとする）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。	議事録 委員名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表していますか。	公表状況が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合は、次の事項を満たしているか。 □利用者及び利用の家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護していますか。 □同一の日常生活圏域内に所在する事業所ですか。 ※ 事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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ませんか。また、外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行っていますか。	議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、事業所が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）を行っていますか。	自己評価及び外部 評価結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	交流状況が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業の運営に当たっては、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業所その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 居住機能を担う併設施設等への入居 (基準第86条準用)	利用者が、併設施設や他の施設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必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 事故発生時の対応 (基準第3条の38準用)	利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。 ※ 事故が発生した場合の対応方法についてマニュアル等であらかじめ定めておくことが望ましい。	事故対応マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。	事故報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行えますか。 (損害賠償保険に加入している若しくは賠償資力を有していますか。)	損害賠償記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故が生じた際には原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。	検討記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
4 0. 虐待の防止 (基準第3条の38の2)	虐待の発生又はその再発を防止するため、次の(1)から(4)に掲げる措置を講じていますか。				
	(1)事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるもの)を定期的(年1回以上目安)に開催するとともに、その結果(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)について従業者に周知徹底を図っていますか。 (委員会で検討すべき内容) ・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 ・虐待の防止のための指針の整備に関すること ・虐待の防止のための職員研修に関すること ・虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること ・従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること ・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 ・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	議事録	□	□	□
	(2)虐待防止のための指針を整備していますか。また、指針には以下の項目を盛り込んでいますか。 □事業所における虐待防止に関する基本的考え方 □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 □虐待防止のための職員研修に関する基本方針 □虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 □虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 □成年後見制度の利用支援に関する事項 □虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 □利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 □その他虐待の防止の推進のために必要な事項	虐待の防止のための指針	□	□	□
	(3)介護従業者に対し、虐待の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発し当該認知症対応型共同生活介護事業所において定めた指針に基づき虐待の防止を徹底するため、虐待の防止のための研修を新規採用時及び定期的(年1回以上)に実施していますか。	研修計画 研修記録	□	□	□
4 1. 会計の区分 (基準第3条の39準用)	(4)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の担当者を配置していますか。 なお、同一事業所内で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ない。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すること。 ※ 当該担当者としては、委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいです。	組織体制図等	□	□	□
	指定看護小規模多機能型居宅介護ごとに経理を区分するとともに、指定看護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。	会計に関する書類	□	□	□
4 2. 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 【令和9年3月31日までの間は、努力義務】 (基準第86条の2準用)	業務の効率化、介護サービス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、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に(テレビ電話装置等を活用して行うことができる)開催していますか。 ※ 本委員会の開催にあたっては、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」などを参考に取り組みを進めることが望ましい。	委員会議事録	□	□	□
4 3. 記録の整備 (基準第181条)	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	職員名簿 会計に関する書類 設備・備品に関する書類	□	□	□
	利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 □① 居宅サービス計画 □② 看護小規模多機能型居宅介護計画 □③ 身体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 □④ 主治の医師による指示の文書 □⑤ 看護小規模多機能型居宅介護報告書 □⑥ 提供した具体的なサービス内容等の記録(これについては基準条例において提供した日から5年間) □⑦ 利用者に関する市町村への通知に係る記録 □⑧ 苦情の内容等の記録 □⑨ 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 □⑩ 運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録	左記①～⑩	□	□	□

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
4.4. 変更の届出 (法78条の5及び 施行規則第131条 の13第1項第9号) 留意事項通知 第一の1の(5)	事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内に変更の届出を行っていますか。 【厚生労働省令届出事項】 (1) 事業所の名称及び所在地 (2) 申請者の名称及び主たる事務所の所在地 並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 (3) 申請者の登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) (4) 事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所のいずれかの別 (5) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要 (6) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 (7) 運営規程 (8) 協力医療機関(病院・歯科など)の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 (9) 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 (10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護報酬算定に係る変更(加算体制の追加)については、変更しようとする月の前月の15日までに届出をしているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V 業務管理体制の整備

1. 業務管理体制の整備 (法第115条の32 施行規則第140条 の39及び第140条 の40)	1 事業者(法人)内で、法令遵守について職員に周知をしていますか。 また、どのような方法で周知されていますか。  (周知方法: )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 法令遵守責任者の選任【全ての法人】 事業者(法人)において、1人、法令遵守責任者を選任し、所管庁に届け出ていますか。  法令遵守責任者の届出 済・未済 所属・職名 氏名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 法令遵守規程の整備【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】 事業者(法人)において、法令遵守規程を作成し、各事業所・施設に周知していますか。 また、規程の概要を所管庁に届け出ていますか。 規程の概要の届出 済・未済		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 業務執行の状況の監査【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】 事業者(法人)において、業務執行の状況の監査を定期的を実施していますか。 また、監査の方法の概要を所管庁に届け出ていますか。 監査の方法の概要の届出 済・未済		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 届出事項に変更があったときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ていますか。  また、事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
VI 介護給付費関係					
1. 基本的事項 (算定基準一から三) (予防算定基準一から三)	指定看護小規模多機能型居宅介護に要する費用の額は、「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書 書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定看護小規模多機能型居宅介護に要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に別表に定める単位数を乗じて算定していますか。 ※ 堺市は5級地。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. サービス種類相互の算定関係について (留意事項通知2-1-(2))	登録者が(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護又は(介護予防)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小規模多機能型居宅介護を受けている間は、看護小規模多機能型居宅介護費を算定していいか。	看護小規模多機能型居宅介護計画書 介護給付費請求書 サービス提供証明書 書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護を受けている間については、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び福祉用具貸与費を除く指定居宅サービス並びに指定地域密着型サービスに係る費用の額は算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録者に当該事業所以外の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に、看護小規模多機能型居宅介護費を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について (留意事項通知2-1-(6))	当該減算における利用者の数は1月間(暦月)の利用者の数の平均を用いていますか。 ※ 当該月の全利用者等の延数を、当該月の日数で除して得た数の小数点以下を切り上げるものとする。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者全員について減算(70/100)し、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を算定していますか。	介護給付費請求書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 常勤換算方法による職員数の算定方法について (留意事項通知2-1-(7))	暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間で除して算定していますか。(小数点第2位以下は切り捨て)	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	母性健康管理措置または育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられ、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合30時間以上の勤務で常勤の従業者が勤務すべき時間数をみたしたものとし、1として取り扱うことが可能である事を把握していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従業者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児休業、介護休業等により休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能である事を把握していますか。	勤務表 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について (留意事項通知2-1-(8))	当該事業所の看護職員及び介護職員の配置数が人員基準を満たすべき員数を下回っているいわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。				
	人員基準を満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度(4月1日から3月31日まで)の平均を用いていますか。 ※ 利用者等の平均は、前年度の利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数(小数点第2位以下を切り上げるもの)とする。 ※ 全利用者等の延数については、1日ごとの同時に通いサービスの提供を受けた者(短期利用居宅介護費を算定する者を含む。)の数の最大値を合計したものとする。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護従業者(通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる者に)	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は、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、利用者の全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者の全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。 ※ 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。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
看護職員	人員基準上必要とされる員数を下回っている場合に、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100分の70に相当する単位数を算定していますか。 ※ 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。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護支援専門員 (研修修了者)	看護小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員が必要な研修(基準第171条第12項)を修了していない場合に、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、利用者全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。 ※ 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。 ※ 研修を修了した職員の離職等により人員基準欠如となった場合に、介護支援専門員を新たに配置し、かつ研修の申込を行い、当該介護支援専門員が研修を修了することが確実に見込まれるときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない扱いとする。 ※ 当該介護支援専門員が受講予定の研修を修了しなかった場合は、人員欠如が発生した翌々月から減算を行うこととするが、当該介護支援専門員が研修を修了しなかった理由が、当該介護支援専門員の急な離職等、事業所の責に帰すべき事由以外のやむを得ないものである場合であって、当該離職等の翌々月までに、研修を修了することが確実に見込まれる介護支援専門員を新たに配置したときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない取扱いとすることも差し支えない。	勤務表 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜勤従業者及び宿直勤務者	ある月(暦月)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の全員について減算(100分の70に相当する単位数を算定)していますか。 イ 夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として事業所ごとに設定するものとする)において夜勤を行う職員数が夜勤職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 ロ 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職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 ※ 夜勤職員の必要員数に小数が生じる場合においては、整数部分の職員配置に加えて夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16で除して得た数が小数部分の数以上となるよう職員を配置する事ができる	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について(留意事項通知2-1-(12))	認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いていますか。 ※ 主治医意見書の場合「3. 心身の状態に関する意見(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いること。	判定結果資料 主治医意見書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師の判定結果は、判定した医師名、判定日とともに居宅サービス計画に記載していますか。なお、複数の判定結果がある場合は最も新しい判定を用いていますか。	判定結果資料 主治医意見書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医師の判定が無い場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む)、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いていますか。	認定調査票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 看護小規模多機能型居宅介護費の算定について(留意事項通知2-5(1)準用)	登録者の居住する場所及びそ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。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	月途中から登録した場合又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ていますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	月途中から看護小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に転居した場合又は月途中から看護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ていますか。 ※ 「同一建物」とは、看護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、経費老人ホーム、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。 具体的には、当該建物の1階部分に看護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や建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「登録日」とは、利用者が看護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していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「登録終了日」は、利用者が看護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としていますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の登録者の数が、登録定員未満ですか。	利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 短期利用居宅介護費について(留意事項通知2-5(2)準用)	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介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)の利用期間を定めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	基準に定める当該事業所に必要な従業者の員数を配置していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が看護小規模多機能型居宅介護費の過少サービスに対する減算を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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こととしていますか。	部屋割り表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
9. 文書の取扱いについて (留意事項通知2-1(13))	<b>①電磁的記録</b>				
	書面（被保険者証に関するものを除く）の作成、保存等を電磁的記録により行う場合、次のいずれにも適合しているか。				
	<input type="checkbox"/> 電磁的記録による作成は、施設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ること。	同意書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。 ・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 ・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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>②電磁的方法</b>				
	交付、説明、同意、承諾、締結等のうち、書面に代えて電磁的方法により行う場合、事前に利用者又はその家族等の承諾を得ているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ 電磁的方法による交付は、地域密着型サービス基準第3条の7第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ 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ること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 電磁的方法による締結は、利用者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面による署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※ 「押印についてのQ&A（令和2年6月9日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
電磁的方法による場合は、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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 身体拘束廃止未実施減算について (留意事項通知2-9(3))	指定地域密着型サービス基準第177条第6号及び第7号に規定する措置を講じていない場合、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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拘束等が行われていた場合ではなく、以下の措置を講じていない場合、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必要があることを把握していますか。 【講じる措置の内容】 ・緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態及び時間、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を行う ・身体的拘束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、その結果について周知徹底を行う ・身体的拘束適正化のための指針を整備する ・身体的拘束適正化のための定期的な研修を新規採用時及び定期的（年2回以上）実施する	身体的拘束の記録適正化委員会議事録 身体的拘束適正化のための指針 研修計画 研修資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事実が生じた場合、速やかに改善計画を市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市町村長に報告する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 高齢者虐待防止措置未実施減算 (留意事項通知2-9(4))	指定地域密着型サービス基準第182条において準用する同基準第3条の38の2に規定する措置を講じていない場合、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、以下の措置を講じていない場合、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必要があることを把握していますか。 【講じる措置の内容】 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、その結果について周知徹底を行う ②高齢者虐待防止のための指針を整備する ③高齢者虐待防止のための研修を新規採用時及び定期的（年1回以上）実施する ④①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置する	委員会議事録 虐待の防止のための指針 研修計画 研修記録 組織体制図等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事実が生じた場合、速やかに改善計画を市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市町村長に報告する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
12. 業務継続計画未策定減算 (留意事項通知2-9(5))	指定地域密着型サービス基準第182条において準用する同基準第3条の30の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する必要がある事を把握していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	業務継続計画未策定減算については、以下の措置を講じていない場合、事実が生じた月のその翌月(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、利用者全員について所定単位数から減算する必要があることを把握していますか。 【講じる措置の内容】 ・感染症及び非常災害の発生時に早期に業務再開を図るための計画を策定する	業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. サービス提供が過少である場合の減算について (留意事項通知2-9(6))	当該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、週平均1回に満たない場合又は登録者(短期利用居宅介護費を算定する者を除く。)1人当たりの平均回数が、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。 (※ 週平均1回に満たない場合は、当該利用者のみが減算対象。)	サービス提供記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「週平均」は、当該登録者において暦月ごとに下記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。 また、「登録者1人当たりの平均回数」は、当該事業所において暦月ごとに同様に下記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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 通いサービス 1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用するに当たっては、複数回の算定をしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 訪問サービス 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。 (看護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ない。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 宿泊サービス 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、それぞれを1回とし、計2回として算定すること。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合にあつては、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、上記の算定の際に控除していますか。また、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り扱いとしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. サテライト体制未整備減算 (留意事項通知2-9(7))	サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所において、訪問看護体制減算の届出をしている場合にあっては、サテライト体制未整備減算として、1月につき所定単位数の100分の97の相当する単位数を減算を行っていますか。 ※ サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所が共に算定。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所について、訪問看護体制減算の実績を継続的に確認し、当該加算の届出の有無については、相互に情報を共有していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の開始にあたって、訪問看護体制減算の実績の計算に必要な前3月間において、本体事業所が訪問看護体制減算を届出していない期間に限り、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所はサテライト体制未整備減算を算定する必要はない。なお、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所は訪問看護体制減算の実績を継続的に確認するものとし、4月日以降において訪問看護体制減算に該当し届出を行う場合には、サテライト体制未整備減算を算定する。				

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
15. 訪問看護体制減算 (留意事項通知2-9(11))	看護小規模多機能型居宅介護費について、大臣基準告示に適合しているものとして市町村に届け出た事業所については、訪問看護体制減算として、要介護状態区分に応じて1月につき所定単位数から減算していますか。 ・要介護1、要介護2又は要介護3である者 925単位 ・要介護4である者 1,850単位 ・要介護5である者 2,914単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次の大臣基準告示のいずれにも適合している場合、減算を行っていますか。 (1)算定日が属する月の前3月間において、利用者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。以下(2)及び(3)において同じ。）の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の30未満であること。 (2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の割合が100分の30未満であること。 (3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が100分の5未満であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①上記(1)における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出していますか。 ア 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した実利用者数 イ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における実利用者の総数 ②上記(2)の利用者における割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出すること。 ア 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数 イ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における実利用者の総数 ③上記(3)における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出すること。 ア 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数 イ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における実利用者の総数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ 上記①～③までに規定する実利用者数は、前3月間において、当該事業所が提供する看護サービスを2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数える。そのため、①から③までに規定する割合の算出において、利用者には、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に現に利用していない者も含む。また、算定日が属する月の前3月間において複合型サービス費のうち短期利用居宅介護費のみを算定した者を含まない。				
16. 末期の悪性腫瘍等の患者に医療保険の対象となる訪問看護を行う場合の減算 (留意事項通知2-9(12)(13))	看護小規模多機能型居宅介護費について、指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該者が末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の告示を行った場合は、要介護状態区分に応じて1月につき所定単位数から減算していますか。 ・要介護1、要介護2又は要介護3である者 925単位 ・要介護4である者 1,850単位 ・要介護5である者 2,914単位 ※ 看護サービスは、主治の医師による指示又は主治の医師の判断に基づいて交付された指示書の有効期間内に行われたものであること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【厚生労働大臣が定める疾病等】 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸椎損傷及び人工呼吸器を使用している状態。				
	月途中から医療保険の給付の対象となる場合又は月途中から医療保険の給付の対象外となる場合には、医療保険の給付の対象となる期間に応じて単位数を減算していますか。 ※ 医療保険の給付の対象となる期間については、主治の医師による指示に基づくものとする。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書の交付があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の訪問看護の給付対象となるものであり、当該月における当該特別指示の日数に応じて1日につき減算していますか。また、この場合の医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載していますか。 ・要介護1、要介護2又は要介護3である者 30単位 ・要介護4である者 60単位 ・要介護5である者 95単位	診療録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 初期加算 (算定基準別表8ハ)	登録した日から起算して30日以内の期間について、1日につき所定単位数に30単位を加算していますか。また、30日を超えて病院又は診療所への入院後に再び看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合も、同様としていますか。 ※ 「登録した日」：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。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
18. 認知症加算 (算定基準別表8 二)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、下記に定める登録者に対し指定看護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加算していますか。 ※ (I)、(II)又は(III)のいずれかの加算を算定している場合は、その他の加算は算定しない。		□	□	□
	【認知症加算 (I)】 920単位				
	日常生活に支障を来す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(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者)		□	□	□
	(1) 認知症介護に係る専門的な研修(「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」や認知症看護に係る適切な研修)を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者(「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」)が20人未満のとき 1以上 20人以上29人未満 2以上 30人以上39人未満 3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。 ※ 認知症看護に係る適切な研修とは、 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程 ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」 (③については認定証が発行されている者に限る)	日常生活自立度のランクごとの利用者が確認できるもの研修修了証等	□	□	□
	(2) 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に開催していること。 ※ 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ない。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する。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ドライン」、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」等を遵守すること。	会議録	□	□	□
	(3) 認知症介護の指導に係る専門的な研修(「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」や認知症看護に係る適切な研修)を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ※ 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を終了した者又は、認知症看護に係る適切な研修を終了した者が1名配置されていれば、それぞれの研修修了者を1名配置したことになる。	研修修了証等指導記録等	□	□	□
	(4) 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ること。	研修計画研修記録	□	□	□
	【認知症加算Ⅱ】 890単位				
	日常生活に支障を来す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(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者)		□	□	□
	認知症加算 (I) (1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。		□	□	□
	【認知症加算 (Ⅲ)】 760単位				
日常生活に支障を来す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(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者)		□	□	□	
【認知症加算 (Ⅳ)】 460単位					
要介護状態区分が要介護2にである者であって、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(日常生活自立度のランクⅡに該当する者)		□	□	□	
19. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (算定基準別表8 ホ)	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と判断した者に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に、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200単位を算定していますか。 ※ 「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。 ※ 利用開始後8日目を以降の短期利用の継続を妨げるものではないこと。	介護給付費請求書介護給付費明細書	□	□	□
	介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意を得ていますか。 ※ 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るものとする。 ※ 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っては、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。	利用者に関する記録	□	□	□
	以下に掲げる者が、直接、短期利用(短期利用居宅介護費)の利用を開始した場合に、当該加算を算定していませんか。 a. 病院又は診療所に入院中の者 b. 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中、又は入所中の者 c. 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者	利用者に関する記録	□	□	□
	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、事業所は判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たった留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。	介護サービス計画書	□	□	□

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
20. 若年性認知症利用者受入加算 (算定基準別表8へ)	若年性認知症利用者受入加算として、1月につき800単位を算定していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	初老期における認知症（法第5条の2第1項に規定する認知症）のものに算定していますか。 ※ アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知症機能が低下した状態（以下「認知症」という。） 《一部抜粋》 ※ 一度当該加算の対象者となった場合は、65歳の誕生日の前々日までを対象としていますか。	利用者に関する記録等 主治医意見書の写し等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行い算定していますか。	介護サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症加算算定している場合は算定できない事を把握していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 栄養アセスメント加算 (算定基準別表8ト)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、あらかじめ届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。)を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月に50単位を算定していますか。 ※ 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない。 ※ 栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる ※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所(栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っていますか。	勤務表等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養アセスメントについては、3月に1回以上、アからエまでに掲げる手順により行っている。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定していますか。 ア.利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。 イ.管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。 ウ.ア及びイの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。 エ.低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。	栄養アセスメント記録 測定記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 ※ サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定(Plan)、当該決定に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
2.2. 栄養改善加算 (算定基準別表8チ)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき200単位を加算していますか。 ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、以下のイ～ホまでのいずれかに該当する者であって、低栄養状態が改善せず、管理栄養士が栄養改善サービスを引き続き行うことで栄養改善の効果が期待できる利用者については、引き続き算定することができる。 ※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	□	□	□
	次のいずれかに該当するものであって、栄養改善サービスが必要と認められる者に算定していますか。 イ BMIが18.5未満である者 ロ 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 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者 ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者  なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。 ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。） ・生活機能の低下の問題 ・褥瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。） ・認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。） ・うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)のいずれかの項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む。）		□	□	□
	当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所(栄養改善加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っていますか。	勤務表等	□	□	□
	利用開始時に管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握(以下「栄養アセスメント」という。)を行い、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「関連職種」という。)が共同して、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき栄養管理上の課題等に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載し、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所においては、栄養ケア計画に相当する内容を看護小規模多機能型居宅介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。	栄養アセスメントの記録 栄養ケア計画	□	□	□
	栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供していますか。また、利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していますか。 ※ 「必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っている」とは、栄養ケア計画に基づいて栄養食事相談を実施している中で、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること等を指す。 ※ 栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。 ※ 指定地域密着型サービス基準第61条において準用する第3条の18に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。	栄養状態の記録 栄養アセスメントの記録 サービス提供記録	□	□	□
	利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していますか。	栄養ケア計画	□	□	□
	利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供していますか。	栄養モニタリングの記録	□	□	□

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
23. 口腔・栄養スクリーニング加算 (算定基準別表8リ)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定看護小規模多機能型居宅介護の従業者が、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又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、1回につき次に掲げるいずれかの単位数を算定していますか。 (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せず、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には算定できない。) ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)】				
	(1) 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。	口腔スクリーニング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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。	栄養スクリーニング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していませんか。 A. 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。 B. 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)】				
	以下の(1)又は(2)いずれかに適合すること。				
	(1)				
	①口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1)、(3)のいずれにも適合している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)				
	①口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(2)、(3)のいずれにも適合している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】				
	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、提供していますか。 ○口腔スクリーニング a. 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 b. 入れ歯を使っている者 c. むせやすい者 ○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」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 ※ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式5-1参照 ※ 口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」第2章第7Ⅱの1に示す口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。	スクリーニングの記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
23. 口腔・栄養スクリーニング加算 (算定基準別表8リ)	口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービスの提供を検討するように依頼していますか。また、口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講じていますか。低栄養状態の利用者については、かかりつけ医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。	利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していますか。	サービス担当者会議の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
24. 口腔機能向上加算 (算定基準別表8又)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、あらかじめ届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下、口腔機能向上サービスという。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき次に掲げる単位数を算定していますか。 (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ない。) ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 ・口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 ・口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位 ※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通】				
	口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。こと。 イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者 ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者 ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じていますか。なお、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合にあっては、加算は算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔機能向上加算(Ⅰ)】 150単位				
	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していますか。	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の口腔機能等の口腔の健康状態を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者又はその家族に説明し同意を得ていますか。 ※ 口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握及び口腔機能改善管理指導計画は「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式6-4参照 ※ 様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。 ※ 口腔機能改善管理指導計画を作成については、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にすること。 ※ 看護小規模多機能型居宅介護計画の中に口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。	口腔機能改善管理指導計画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していますか。 ※ 記録については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式6-4参照。なお、サービス提供記録に口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はない。 ※ 利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員は主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。 ※ 口腔機能改善計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。	口腔機能改善管理指導計画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、担当居宅介護支援員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供していますか。	再評価の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供していますか。 イ 口腔清潔、唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者 ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【口腔機能向上加算(Ⅱ)】 160単位				
	口腔機能向上加算(Ⅰ)のいずれの基準にも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	LIFEへの提出記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
25. 退院時共同指導加算 (算定基準別表8ル)	<p>病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護サービス実施した場合に、1人の利用者に当該退院又は退所につき1回に限り、所定単位に600単位を算定していますか。</p> <p>※ 特別な管理を必要とする利用者（訪問看護における特別管理加算の算定対象となる状態の利用者）については2回</p>	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【特別な管理を必要とする利用者】</p> <p>イ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態</p> <p>ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態</p> <p>ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態</p> <p>ニ 真皮を越える褥瘡の状態</p> <p>ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態</p>				
	<p>同月に訪問看護又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護において退院時共同指導加算を算定した場合又は同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の退院時共同指導加算を算定した場合において、看護小規模多機能型居宅介護の提供に係る退院時共同指導加算を算定していませんか。（特別な管理を必要とする利用者に対して、各事業の合計で2回該当加算を取得する場合を除く。）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にありますか。</p>	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 緊急時対応加算 (算定基準別表8ヲ)	<p>上記の体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得ていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>訪問看護サービス又は宿泊サービスを行った日の属する月に算定を行っていますか。また、当該加算を介護保険で算定した場合、同月に次の加算を算定していませんか。</p> <p>(1) 訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護の緊急時訪問看護加算</p> <p>(2) 同月に看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該看護小規模多機能型居宅介護における緊急時対応加算</p> <p>(3) 医療保険における訪問看護を利用した場合の24時間対応体制加算</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>1人の利用者に対して、1箇所の事業所のみ算定を行っていますか。</p> <p>※ 算定に当たって、利用者に対して他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護サービス又は緊急時対応加算に係る宿泊の提供を受けていないか確認を行う必要があります。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 特別管理加算 (算定基準別表8フ)	<p>特別な管理を必要とする利用者に対して、看護サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に算定を行っていますか。</p> <p>※ 特別な管理を必要とする利用者の状態像</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別管理加算Ⅰ 退院時共同指導加算の【特別な管理を必要とする利用者】で示すイ</li> <li>・特別管理加算Ⅱ 退院時共同指導加算の【特別な管理を必要とする利用者】で示すロ、ハ、ニ又はホ</li> </ul>	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>訪問看護サービスを行った日の属する月に算定を行っていますか。また、特別管理加算を介護保険で算定した場合、同月に次の加算を算定していませんか。</p> <p>(1) 訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護の特別管理加算</p> <p>(2) 医療保険における訪問看護を利用した場合の特別管理加算</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 算定に当たって、利用者に対して他の事業所から特別管理加算に係る訪問看護サービスの提供を受けていないか確認を行う必要がある。</p>				
	<p>ニの「真皮を越える褥瘡の状態にある者」とは、NPUAP (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) 分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4若しくはD5に該当する状態をいう。当該利用者に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、発生した部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録していませんか。</p>	褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価記録 看護小規模多機能型居宅介護記録書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ホの「点滴注射を週3回以上行う必要があると認められる状態にある者」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を複合型サービス事業所に行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。当該利用者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要と認められる場合には、主治の医師に対して速やかに利用者の状態を報告するとともに、看護小規模多機能型居宅介護記録書に点滴注射の実施内容を記録していませんか。</p>	主治医への報告記録 看護小規模多機能型居宅介護記録書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診断を受けることができるよう必要な支援を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
28. 専門管理加算 (算定基準別表8力)	緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回に限り、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数のいずれかを算定しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【イ】 250単位 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。））にあつては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に行った場合に限る。）	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	以下のいずれかの研修を受けた看護師が配置されていますか。 a 緩和ケアに係る専門の研修 （a）国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの） （b）緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 （c）講義及び演習により、次の内容を含むものであること。 （i）ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要 （ii）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療 （iii）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程 （iv）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法 （v）セルフケアへの支援及び家族支援の方法 （vi）ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ （vii）ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント （viii）コンサルテーション方法 （ix）ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について （x）実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践 b 褥瘡ケアに係る専門の研修 （a）国又は医療関係団体等が主催する研修であつて、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの （b）講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修 c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修 （a）国又は医療関係団体等が主催する研修であつて、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの （b）講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修	研修修了証等 勤務表等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記の看護師が、次の状態の利用者（※）に対してそれぞれの主治の医師から交付を受けた訪問看護指示書に基づいて定期的（1月に1回以上）にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行っていますか。	サービス提供記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（※） ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。））にあつては真皮まで状態の利用者） ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者				
	【ロ】 250単位 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）の区分番号C007の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる同項第1号に規定する特定行為のうち指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする次の行為（※）に係る研修を修了した看護師が配置されていますか。	研修修了証等 勤務表等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（※） a 気管カニューレの交換 b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 c 膀胱ろうカテーテルの交換 d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 e 創傷に対する陰圧閉鎖療法 f 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 g 脱水症状に対する輸液による補正				
	上記の看護師が、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第1号に規定する特定行為に係る同項第2号に規定する手順書（以下「手順書」という。）の交付対象となった利用者（医科診療報酬点数表の区分番号C007に掲げる訪問看護指示書の注3を算定する利用者に限る。）に対して、それぞれの主治の医師から交付を受けた訪問看護指示書の文書及び手順書に基づき、定期的（1月に1回以上）にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行っていますか。 ※ なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。	サービス提供記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
29. ターミナルケア加算 (算定基準別表8 ヨ)	在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1日）以上ターミナルケアを行った場合に、死亡月に所定の単位数に2500単位を加算していますか。 ※ ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合であっても算定可能	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【厚生労働大臣が定める状態】 次のいずれかに該当する状態 イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態 ロ 急性憎悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態				
	ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定していますか。 また、介護保険で算定した場合、同月に次の加算を算定していませんか。 (1) 訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護におけるターミナルケア加算 (2) 医療保険の訪問看護における訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	一の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に介護保険又は医療保険の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算を算定していますか。 また、この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等を算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次に掲げる事項を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録 イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状況の変化及びこれに対するケアの経過についての記録 ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用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 ※ ウについては厚生省「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」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認された場合等については、ターミナルケア加算を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療や介護関係者と十分な連携を図るよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. 遠隔死亡診断補助加算 (算定基準別表8 タ)	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、市町村に届け出た事業所の情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8（医科診療報酬点数表の区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域（平成24年3月13日厚生労働省告示第120号）に居住する利用者に限る。）について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師を配置していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携する保険医療機関において医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8（医科診療報酬点数表の区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特別地域に居住する利用者に限る。）について、主治の医師の指示により、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、厚生労働省「情報通信機器（ICT）」を利用した死亡診断等ガイドラインに基づき、主治の医師による情報通信機器を用いた死亡診断の補助を行った場合に算定していますか。 ※ なお、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器（ICT）」を利用した死亡診断等ガイドラインに基づく「法医学等に関する一定の教育」。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
3 1. 看護体制強化加算 (算定基準別表8 レ)	<p>看護小規模多機能型居宅介護費について、大臣基準告示に適合しているものとして市町村に届け出た事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、次の区分に従い、1月につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>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ない。</p> <p>(1)看護体制強化加算(Ⅰ) 3,000単位 (2)看護体制強化加算(Ⅱ) 2,500単位</p> <p>※ 利用者によって(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することができないものであるため、いずれか一方のみを届出すること。</p>	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【看護体制強化加算(Ⅰ)】</p> <p>次の大臣基準告示のいずれにも適合していますか。</p> <p>また、それぞれの割合については、台帳等により毎月記録していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合が100分の80以上であること。</p> <p>(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の割合が100分の50以上であること。</p> <p>(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が100分の20以上であること。</p> <p>(4)算定日が属する月の前12月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるターミナル加算を算定した利用者が1名以上であること。</p> <p>(5)登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【看護体制強化加算(Ⅱ)】</p> <p>加算Ⅰの(1)から(3)のすべてに適合していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 2. 訪問体制強化加算 (算定基準別表8 ロ)	以下の基準を満たし、登録者の居宅における生活を継続するための指定看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化している場合、1月につき1,000単位を算定していますか。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>①事業所が提供する訪問サービス(看護サービスを除く。)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。)を2名以上配置していますか。</p> <p>※ 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なく、訪問サービスも行っている常勤の従業者を指す。</p>	勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②算定日が属する月における提供回数について、当該事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上ですか。</p> <p>※ 小規模多機能型居宅介護事業所と同一の建物に集合住宅(養護老人ホーム、軽費老人ホーム若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であって登録を受けたものに限る。)を併設する場合は、登録者の総数うち指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の複合型サービス費の看護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、かつ看護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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③当該訪問サービスの内容を記録していますか。	サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>④「訪問サービスの提供回数」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。</p> <p>※ 看護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ない。また、訪問サービスには訪問看護サービスも含まれるものである。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>⑤指定看護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(「看護小規模多機能型居宅介護費のイ(Ⅰ)を算定する者」をいう。以下同じ。)の占める割合が100分の50以上であって、かつ、①から④の要件を満たす場合に算定していますか。</p> <p>※ ④については、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うこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
33. 総合マネジメント体制強化加算 (算定基準別表8ツ)	看護小規模多機能型居宅介護費について、大臣基準告示に適合しているものとして市町村に届け出た事業所が、利用者に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った管理した場合は、次の区分に従い、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しない。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）】 1,200単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていますか。	看護小規模多機能型居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。	情報提供の記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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。 (地域の行事や活動の例) ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応 ・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こし、地域住民や市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り、地域の行事への参加等）	記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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ること。 ※ 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。	相談記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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をいう。）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ること。	居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一) 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。 ※ 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、事業所の従業員で共有していることをいう。 (二) 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。（障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等の指定を併せて受け、一体的に運営が行われている場合を含む。） (三) 地域住民等、当該事業所以外の他の指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者等と共同で認知症や介護に関する事例検討会、研修会等を定期的に実施していること。 (四) 市町村が実施する通いの場、在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、指定小規模多機能型居宅介護事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携等を行っていること。（法第115条の45第1項第2号に掲げる事業や同条第2項第4号に掲げる事業等に参加していること。）	活動記録 会議録 研修記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）】 800単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）の要件（1）から（3）までに該当していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
34. 褥瘡マネジメント加算 (算定基準別表8ノ)	看護小規模多機能型居宅介護費について、大臣基準告示に適合しているものとして市町村に届け出た事業所が、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合は、1月につき所定単位数を加算していますか。 ※ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましい。	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)】 3単位 次の大臣基準告示のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価し、その後少なくとも3月に1回評価していますか。 ※ 別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。 ※ 施設入所時の評価は、①から⑤に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。	評価記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②①の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。 ※ 評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③①の確認の結果、褥瘡が認められ、又は①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 ※ 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて、作成すること。 ※ 褥瘡ケア計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。	褥瘡ケア計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。 ※ 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。	褥瘡ケア計画、記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。 ※ 褥瘡ケア計画の見直しは、当該計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。	褥瘡ケア計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	原則として要介護度3以上の入所者全員を対象として入所者ごとに上記①から⑤を満たした場合に、当該施設の入所者全員(褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)】 13単位 次の大臣基準告示のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)①～⑤までのいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②次のいずれかに適合すること。 a (Ⅰ)①の確認の結果、褥瘡が認められた入所者又は利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。 b (Ⅰ)①の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。 ※ 利用開始時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、利用開始日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、利用開始時に褥瘡があった利用者については、当該褥瘡の治癒後に算定できるものとする。	評価記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
35. 排せつ支援加算 (算定基準別表8ナ)	<p>看護小規模多機能型居宅介護費について、大臣基準告示に適合しているものとして市町村に届け出た事業所が、継続的に利用者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる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していません。</p> <p>※ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用している利用に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできないこと。</p>	介護給付費請求書 介護給付費明細書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【排せつ支援加算(Ⅰ)】 10単位 次の大臣基準告示のいずれにも適合していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>①入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>※ 評価は、別紙様式6を用いて、以下の(ア)から(エ)について実施する。 (ア) 排尿の状態 (イ) 排便の状態 (ウ) おむつの使用 (エ) 尿道カテーテルの留置</p> <p>※ 評価は、①から③までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。</p> <p>※ 評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。</p>	評価記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②①の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>※ 「排せつに介護を要する利用者」とは、①の(ア)若しくは(イ)が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又は(ウ)若しくは(エ)が「あり」の者をいう。</p> <p>※ 「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、①の(ア)から(エ)の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、①の(ア)から(エ)の評価が改善することが見込まれることをいう。</p> <p>※ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、①の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えること。</p> <p>※ 支援計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。</p>	支援計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。</p> <p>※ 支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題(排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。</p>	支援計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに①から③を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で進めていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【排せつ支援加算(Ⅱ)】 15単位 次の大臣基準告示のいずれにも適合していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>①排せつ支援加算(Ⅰ)①～③までのいずれにも適合すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②次のいずれかに適合していますか。 (1) ①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一報が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。 (2) ①の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。 (3) ①の評価の結果、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが除去されたこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【排せつ支援加算(Ⅲ)】 20単位 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)②(1)及び(2)いずれにも適合していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
36. 科学的介護推進体制加算 (算定基準別表8ラ)	下記に適合しているものとして利用者に対し指定看護小規模多機能型居宅介護を行い1月につき40単位を算定していますか。(短期利用居宅介護費を算定する者を除く)	LIFE提供資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供にあたって(1)に規定する情報その他指定看護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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 原則として利用者全員を対象としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 情報の提出にあたってはLIFEを用い、提出情報、提出頻度等については下記に適合していますか。 【提出情報】 やむを得ない場合を除き①～④まで全て提出していますか。 ①基本情報 ②総論 ③口腔・栄養 ④認知症 ※ 任意項目を除きます。 【提出頻度】 下記①～④までに定める月の翌月10日までに提出していますか。 ①既利用者については、算定を開始しようとする月 ②新規利用者については、サービス利用を開始した日の属する月 ③ ①②の月のほか、少なくとも3月ごと ④サービス利用を終了する日の属する月		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 生産性向上推進体制加算 (算定基準別表8ム)	(5) 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(PCDA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、その更なる向上のため下記の取り組みを行っていますか。 ①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している。(Plan) ②サービスの提供にあたっては、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している。(Do) ③LIFE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っている。(Check) ④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、サービスの質の向上に努めていますか。(Action)	検証の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	下記に適合しているものとして利用者に対して指定看護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月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。 ※ 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ない。 ※ 当該加算に当たっては、算定に厚労省通知「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」参照。 【生産性向上推進体制加算(Ⅰ)】 100単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 生産性向上推進体制加算 (算定基準別表8ム)	(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(3月に1回以上開催)において、次の(一)～(四)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。 ※ 委員会は、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、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」等に対応すること。	委員会議事録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ※ 「利用者の安全及びケアの質の確保」とは、以下①～④のとおり。 ① 見守り機器等から得られる離床の状況、睡眠状態やバイタルサイン等の情報を基に、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種が連携して、見守り機器等の導入後の利用者等の状態が維持されているか確認すること。 ② 利用者の状態の変化等を踏まえた介護機器の活用方法の変更の必要性の有無等を確認し、必要な対応を検討すること。 ③ 見守り機器を活用する場合、安全面から特に留意すべき利用者については、定時巡回の実施についても検討すること。 ④ 介護機器の使用に起因する施設内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例(介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな事例をいう。)(以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。)の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ※ 実際に勤務する職員に対して、アンケート調査やヒアリング等を行い、介護機器等の導入後における次の①から③までの内容をデータ等で確認し、適切な人員配置や処遇の改善の検討等が行われていること。 ① ストレスや体調不安等、職員の心身の負担の増加の有無 ② 職員の負担が過度に増えている時間帯の有無 ③ 休憩時間及び時間外勤務等の状況		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護機器の定期的な点検 ※ 次の①及び②の事項を行うこと。 ① 日々の業務の中で、あらかじめ時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認するなどの不具合のチェックを行う仕組みを設けること。 ② 使用する介護機器の開発メーカー等と連携し、定期的に点検を行うこと		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
37. 生産性向上推進体制加算(算定基準別表8ム)	(四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 ※ 介護機器の使用方法的講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。また、加算(Ⅰ)を算定するに当たっては、上記に加え、職員間の適切な役割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1) の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績がありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護機器を複数種類活用していますか。 ※ 以下の①から③の介護機器を全て使用し、①の機器は全ての居室に設置し(全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態をいう。)、②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用している必要がある。 ①見守り機器 利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。 ②インカム(マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。)等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器(ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器も含む。) ③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データ入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1) の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的確認していますか。	委員会議事録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。 ※ 以下のア～オの事項の結果の提出が必要です。 ア 利用者の満足度(QOL等の変化)の変化(WHO-5) イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 ウ 年次有給休暇の取得状況の変化 エ 介護職員の心理的負担等の変化(SRS-18等) オ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【生産性向上推進体制加算(Ⅱ)】 10単位				
	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(1)に適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護機器を活用していますか。 ※ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(3)に掲げる①～③の介護機器のうち1つ以上を使用している必要がある。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告していますか。 ※ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(5)に掲げるア～オの事項のうち、ア～ウの結果の提出が必要。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
38. サービス提供体制強化加算 (算定基準別表8ウ)	下記に適合するものとして利用者に対し指定看護小規模多機能型居宅介護を行い1月につき【(Ⅰ)750単位(Ⅱ)640単位(Ⅲ)350単位】(短期利用居宅介護は1日につき【(Ⅰ)25単位(Ⅱ)21単位(Ⅲ)12単位】)を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)】 (1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の全ての看護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(外部における研修含む)を実施又は実施を予定していますか。 ※ 看護小規模多機能型居宅介護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業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、看護小規模多機能型居宅介護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。	研修計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的(おおむね1月に1回以上)に開催していますか。 ※ 「利用者に関する情報若しくはサービスの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」とは、当該事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者の全てが参加するものではない。なお、実施に当たっては、全員が一同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ができる。 ※ 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する。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」等を遵守すること。	会議記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」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、記載していますか。 ・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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 下記の①②いずれかに適合していますか。(該当する要件にチェックをつけてください) 指定看護小規模多機能型居宅介護の従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、 <input type="checkbox"/> ①介護福祉士の占める割合が100分の70以上 <input type="checkbox"/> ②勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)】 指定看護小規模多機能型居宅介護の従業者(保健師、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50以上ですか。	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の要件(1)(2)に適合していますか。	研修計画 会議記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)】 下記の①②③いずれかに適合していますか。(該当する要件にチェックをつけてください) 指定看護小規模多機能型居宅介護の <input type="checkbox"/> ①従業者(保健師、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 <input type="checkbox"/> ②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 <input type="checkbox"/> ③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30以上	勤務表 雇用契約書 資格証 修了証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の要件(1)(2)に適合していますか。	研修計画 会議記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
職員割合の算出等に当たっては下記の内容により行っていますか。 ①常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いている。 ※前年度実績が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(この場合、所定の割合を維持し、毎月記録を行っている) ※ 新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能。 ②介護福祉士の有資格者については、各月前月の末日時点で資格を取得しているものとしている。 ③勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数としている。 ④勤続年数の算定にあたっては、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直接利用者に提供する職員(介護従業者)として勤務した年数を含めている。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看護小規模多機能型居宅介護の職員に係る常勤換算にあたっては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが請求事務等介護に関与しない業務を除く。)に従事している時間を用いて良いことを認識していますか。 ※請求事務等介護に関与しない業務は含まれません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類	自主点検結果		
			適	不適	該当無
39. 介護職員処遇改善加算 (算定基準別表8 中)	【介護職員等処遇改善加算(I)】 次の(1)～(10)までに適合している場合、イからヨまでにより算定した単位数の1000分の149に相当する単位数				
	(1) 介護職員その他の職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)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(賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。)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か。 (一) 当該指定看護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。 (二) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、介護福祉士であつて、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。	介護職員等処遇改善加算計画書 賃金台帳、給与明細書 実績報告書 研修計画書、研修記録 介護給付費明細書・請求書 労働保険料の納付職員への周知の記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他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、市町村長に届け出ているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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しているか。 ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市町村長に届け出ること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者(堺市)に報告しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該指定看護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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。 (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。 (六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) (8)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) サービス提供体制強化加算(I)又は(II)のいずれかを届け出ているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【介護職員等処遇改善加算(II)】 当該加算(I)の要件(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合している場合、イからヨまでにより算定した単位数の1000分の146に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【介護職員等処遇改善加算(III)】 当該加算(I)の要件(1)(一)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合している場合、イからヨまでにより算定した単位数の1000分の134に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【介護職員等処遇改善加算(IV)】 当該加算(I)の要件(1)(一)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合している場合、イからヨまでにより算定した単位数の1000分の106に相当する単位数		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【根拠条文について】

法：介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)

施行規則:介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)

基準条例:堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年12月14日条例第58号)

指定要綱:堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱(平成29年4月1日)

基準:指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生省令第34号)

予防基準:指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

解釈通知:指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計発0331004号・老振発第

予防解釈通知:指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計発0331004号・老振発第

算定基準: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3月14日厚生省告示第126号)

予防算定基準:指定地域密着型介護予防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3月14日厚生労働省告示第128号)

留意事項: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及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の

予防留意事項: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及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定留意事項について(平成18年3月31日老計発第0331005号・老振発0331005号・老老発第0331018号)