

【指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護】

自己点検シート（指定（介護予防）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 】【

令和6年度版

点検した結果を記載してください。【事業所名： 】【

| 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<br>（基準第3条）<br>（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3月31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。<br>※ 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。<br>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<br>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<br>（基準第62条）          | 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。                                                     | 定款<br>運営規程<br>パンフレット | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 基本方針<br>（予防基準第43条）        | その利用者が可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指していますか。                                 | 定款<br>運営規程<br>パンフレット | <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. 管理者<br>(基準第64条)<br>(予防基準第45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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 勤務表<br>雇用契約書<br>組織体制図<br>職務経歴書<br>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以下の場合に該当するとき、他の事業所、施設等の職務に従事することができる。<br>・同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該小規模多機能型居宅介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護職員又は介護職員と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定小規模多機能型居宅介護事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられる。）<br>（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受講していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       | <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がある者ですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 代表者<br>(基準第65条)<br>(予防基準第46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。<br>※ 医療系サービスとしては医療機関や訪問看護ステーションなど、福祉サービスとしては特別養護老人ホームなどが考えられる。                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 組織体制図<br>職務経歴書<br>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受講していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ⅲ 設備に関する基準                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                          |                          |                          |
| 1. 登録定員及び利用定員<br>(基準第66条)<br>(予防基準第47条) | 登録定員は29名以下となっていますか。<br>※ 指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護の指定を併せて受け、かつ同一の事業所において一体的に運営されている場合はそれぞれの登録者の合計数。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 利用者名簿<br>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。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。<br>※ 災害の受け入れ等その他のやむを得ない事情がある場合は可。<br>※ 下記の状況が終了するまで通いサービス、宿泊で定員を超えるサービスができる。<br>・登録者の介護者が急病の為、急遽、事業所において通いサービスを提供したことにより、当該登録者が利用した時間帯における利用者数が定員を超える場合<br>・事業所において看取りを希望する登録者に対し、宿泊室においてサービスを提供したことにより、通いサービスの提供時間帯における利用者数が定員を超える場合<br>・登録者全員を集めて催しを兼ねたサービスを提供するため、通いサービスの利用者数が定員を超える場合<br>・上記に準ずる状況により特に必要と認められる場合                                                                                                         |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 設備及び備品等<br>(基準第67条)<br>(予防基準第48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<br>平面図<br>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<br>(基準第3条の7準用)<br>(予防基準第11条準用)       | 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。                                                                                                                                               | 重要事項説明書  | □      | □  | □   |
|                                                       | ※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のサービス選択に資すると認められる事項<br>※2 文書の交付は、電磁的方法でも可。                                                                      |          |        |    |     |
| 2. 提供拒否の禁止<br>(基準第3条の8準用)<br>(予防基準第12条準用)             | 正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。<br>※ 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。<br>(提供を拒むことのできる正当な理由)<br>①当該事業所の現員から利用申込に応じきれない場合<br>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<br>③その他利用申込者に対し自ら適切な指定小規模多機能型居宅介護(介護予防小規模多機能型居宅介護)を提供することが困難な場合 | 対応記録等    | □      | □  | □   |
| 3. サービス提供困難時の対応<br>(基準第3条の9準用)<br>(予防基準第13条準用)        | 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    | □      | □  | □   |
| 4. 受給資格等の確認<br>(基準第3条の10準用)<br>(予防基準第14条準用)           | 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 | □      | □  | □   |
| 5. 要介護(要支援)認定の申請に係る援助<br>(基準第3条の11準用)<br>(予防基準第15条準用) | 利用申込者が要介護(要支援)認定を受けていない場合、既に要介護(要支援)認定の申請をしているか確認していますか。                                                                                                                                                              | 対応記録等    | □      | □  | □   |
|                                                       | 利用者が要介護(要支援)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    | □      | □  | □   |
|                                                       | 居宅介護支援(介護予防支援)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(要支援認定)の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する日の30日前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    | □      | □  | □   |
| 6. 心身の状況等の把握<br>(基準第68条)<br>(予防基準第49条)                | 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     | □      | □  | □   |
| 7. 居宅サービス事業者等との連携<br>(基準第69条)<br>(予防基準第50条)           | 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    | □      | □  | □   |
|                                                       | 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     | □      | □  | □   |
|                                                       | 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    | □      | □  | □   |
| 8. 身分を証する書類の携行<br>(基準第70条)<br>(予防基準第51条)              | 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 | □      | □  | □   |

| 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. サービスの提供の記録<br>(基準第3条の18準用)<br>(予防基準第21条準用)         | 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。<br>・サービス提供日<br>・サービス内容<br>・利用者の心身の状況<br>・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"/> |
| 10. 利用料等の受領<br>(基準第71条)<br>(予防基準第52条)                 | 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<br>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<br>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小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）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<br>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。<br>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しての送迎費用<br>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<br>③食事の提供に要する費用<br>④宿泊に要する費用<br>⑤オムツ代 | 請求書<br>領収書     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                       | その他指定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、その利用者に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<br>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<br>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<br>領収書     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                       | 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。<br>※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<br>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<br>(基準第3条の20準用)<br>(予防基準第23条準用) | 法定代理受領サービスに該当しない指定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. 指定小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針<br>(基準第72条)<br>(予防基準第65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。<br>※ 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。<br>※ 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"/> |

| 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. 指定小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針（基準第73条）<br>（予防基準第66条） | 地域住民との交流や地域活動の参加を図りつつ、利用者の心身状況、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ていますか。<br>※ 著しく利用回数が少ないケースや、ほぼ毎日宿泊するケースは、運営推進会議に報告し、適切なサービス提供であるか評価を受ける必要がある。<br>※ 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、運営推進会議に申し報告し、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。ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況になれば、他の利用者が適切にサービス利用できるよう調整を行うことが必要。                                                                                                                                                          |                  | <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"/> |
|                                                 | 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、サービスの提供等について説明を行っていますか。<br>※ 「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"/> |
| （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。<br>※ 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。<br>※ 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。<br>（委員会での検討が想定される内容）<br>・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。<br>・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。<br>・身体的拘束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。<br>・事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。<br>・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。<br>・適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。<br>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ため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）となっていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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"/> |

| 点検項目                                    | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                            | 確認書類         | 自主点検結果                   |                          |                          |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |              | 適                        | 不適                       | 該当無                      |
| 14. 居宅サービス計画の作成<br>(基準第74条)<br>(基準第13条) | 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。                                                                                                                                                      |              | <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に支援する上で解決すべき課題を把握していますか。<br>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。<br>※ 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。 | 議事録          | <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、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。<br>※ 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。                                               |              | <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。<br>※ 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。<br>※ 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"/> |

| 点検項目                                    | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 確認書類            | 自主点検結果                   |                          |                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | 適                        | 不適                       | 該当無                      |
| 14. 居宅サービス計画の作成<br>(基準第74条)<br>(基準第13条) | 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"/> |
|                                         | 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。<br><br>(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。<br>(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。<br>(i) 利用者の心身の状況が安定していること。<br>(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。<br>(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。<br><br>※ 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。<br>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、後述のロの観点からも、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。<br>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。<br>・介護者の状況に変更が無いこと。<br>・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）<br>・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。<br>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介して、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。<br>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。<br>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。 |                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。<br>※ 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。<br>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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 議事録<br>意見交換の記録等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 対応記録等           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。<br>・要介護1 1月につき27回<br>・要介護2 1月につき34回<br>・要介護3 1月につき43回<br>・要介護4 1月につき38回<br>・要介護5 1月につき31回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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った場合には、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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 対応記録等           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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                      |
| 14. 居宅サービス計画の作成<br>(基準第74条)<br>(基準第13条)                | ㊹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っては、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っては、当該指定居宅サービス等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。<br>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"/> |
|                                                        | ㊺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。<br>(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"/> |
|                                                        | ㊻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っては、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"/> |
|                                                        | ㊼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っては、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。<br>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"/> |
|                                                        | ㊽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、利用者による趣旨（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"/> |
|                                                        | ㊾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"/> |
|                                                        | ㊿指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮していますか。                                                                                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | ㊿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"/> |
| 15. 法定代理受領サービスに係る報告<br>(基準第75条)<br>(予防基準第54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"/> |
| 16. 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付<br>(基準第76条)<br>(予防基準第55条準用) | 登録者が他の指定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"/> |
| 17. 小規模多機能型居宅介護計画の作成<br>(基準第77条)<br>(予防基準第66条準用)       | 介護支援専門員に小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を担当させていますか。                                                                                                                                                                                                                               | 勤務表<br>雇用契約書<br>資格証 | <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。                                                                                                                                                   | 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。                                                                                                | 小規模多機能型居宅介護計画書      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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、同意を得ていますか。                                                                                                                                                                                                                    | 小規模多機能型居宅介護計画書      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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。                                                                                                                                                                                                           | 小規模多機能型居宅介護計画書      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 介護等<br>(基準第78条)<br>(予防基準第67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"/> |
|                                                        | 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"/> |

| 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. 社会生活上の便宜の提供等<br>(基準第79条)<br>(予防基準第68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"/> |
| 20. 利用者に関する市町村への通知<br>(基準第3条の26準用)<br>(予防基準第24条準用) | 指定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。<br>①正当な理由なしに指定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。<br>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"/> |
| 21. 緊急時の対応<br>(基準第80条)<br>(予防基準第25条準用)             | 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<br>利用者に係る記録<br>事故対応マニュアル<br>事故記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 管理者の責務<br>(基準第28条準用)<br>(予防基準第26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<br>運営規程<br>職員分担表<br>業務日誌等         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                    | 管理者は、当該指定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<br>運営規程<br>職員分担表<br>業務日誌等         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 運営規程<br>(基準第81条)<br>(予防基準第57条)                 | 以下の事項を運営規程に定めていますか。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定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<br>⑤指定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<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨非常災害対策<br>⑩虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑪その他運営に関する重要事項                                                                                                                                                                                                                  | 運営規程<br>指定申請書（控）<br>変更届出書（控）          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 勤務体制の確保等<br>(基準第30条準用)<br>(予防基準第28条)           | 利用者に対し、適切な指定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、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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小規模多機能型居宅介護を提供していますか。<br>※ 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。<br>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。<br>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<br>研修資料<br>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<br>研修資料                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                    | 適切な指定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。<br>（事業主が講ずべき措置の具体的内容）<br>・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。<br>・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。<br>（事業主が講じることが望ましい取組）<br>・相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備<br>・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）<br>・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<br>相談体制が確認できるもの            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 定員の遵守<br>(基準第82条)<br>(予防基準第58条)                | 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せんか。<br>※ 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"/> |

| 点検項目                                                                    | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 確認書類         | 自主点検結果                   |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              | 適                        | 不適                       | 該当無                      |
| 26. 業務継続計画の策定等<br>(基準第3条の30の2準用)<br>(予防基準第28条の2準用)                      | <p>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。<br/>また、計画には下記の項目が盛り込まれていますか。</p> <p>【感染症に係る業務継続計画】</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 初動対応</p> <p><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）</p> <p>【災害に係る業務継続計画】</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</p> <p><input type="checkbox"/> 他施設及び地域との連携</p> | 業務継続計画書      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>介護従業者に対し、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。</p> <p>※ 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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | 研修計画<br>研修資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。</p>                                                                                                                                                                                           | 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"/> |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |                          |                          |                          |
| 27. 非常災害対策<br>(基準第82条の2)<br>(予防基準第58条の2)<br>(BCPの中に必要な項目を盛り込んで、包含して作成可) | <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"/> |
|                                                                         | <p>非常災害対策計画策定に盛り込む具体的な項目（例）</p> <p>※ 以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>1 立地条件</p> <p><input type="checkbox"/> 施設等の立地条件</p> <p><input type="checkbox"/> 周辺地区の過去の災害発生状況</p> <p><input type="checkbox"/> 災害の発生予測</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>2 情報の入手方法</p> <p><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）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>3 災害時の連絡先及び通信手段の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 災害時の職員間の連絡体制</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の連絡手段が通じない場合の連絡方法</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>4 避難を開始する時期、判断基準</p> <p><input type="checkbox"/> 避難開始時期の判断基準</p> <p><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）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | <p>5 避難場所</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認</p> <p><input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定</p> <p><input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定</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                      |
| 27. 非常災害対策<br>(基準第82条の2)<br>(予防基準第58条の2)<br>(BCPの中に必要な項目を盛り込んで、包含して作成可) | 6 避難経路<br><input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定<br><input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定<br><input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成<br><input type="checkbox"/> 所要時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                         | 7 避難方法<br><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<br><input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数<br><input type="checkbox"/> 役割分担<br><input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】<br><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)<br><input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか<br><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<br><input type="checkbox"/> 関係機関(市町村、警察、消防等)との連携体制の整備<br><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"/> |
| 28. 衛生管理等<br>(基準第33条準用)<br>(予防基準第31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<br>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。<br>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。<br>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<br>定期消毒の記録<br>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、その結果について介護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。<br>【平常時の対策】<br><input type="checkbox"/> 事業所内の衛生管理(環境整備等)<br><input type="checkbox"/> ケアにかかる感染対策(手洗い、標準的な予防策)等<br><br>【発生時の対応】<br><input type="checkbox"/> 発生状況の把握<br><input type="checkbox"/> 感染拡大の防止<br><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<br><input type="checkbox"/> 行政等への報告等<br>※ 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。<br>※ 記載内容の例については厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」参照。 | 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)介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修を定期的(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。<br>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2回以上)に実施していますか。<br>※ 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<br>研修記録<br>訓練記録                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 協力医療機関等<br>(基準第83条)<br>(予防基準第59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<br>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<br>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"/> |
| 30. 掲示<br>(基準第3条の32準用)<br>(予防基準第32条準用)                                  | 指定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。<br>※ 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<br>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"/> |

| 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. 秘密保持等<br>(基準第3条の33<br>準用)<br>(予防基準第33条<br>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。<br>※ 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。<br>(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"/> |
| 3 2. 広告<br>(基準第3条の34<br>準用)<br>(予防基準第34条<br>準用)                      | 指定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ないか。                                                                                                                                                                                                                                 | パンフレット<br>ポスター<br>広告書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 3. 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止<br>(基準第3条の35<br>準用)<br>(予防基準第35条<br>準用) | 指定居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。                                                                                                                                                                                                 |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 4. 苦情処理<br>(基準第3条の36<br>準用)<br>(予防基準第36条<br>準用)                    | 提供した指定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。<br>※「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<br>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の重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っていますか。                                                                                                                                                         | 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。<br>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"/> |
| 3 5. 調査への協力<br>(基準第84条準用)<br>(予防基準第60条)                              | 提供した指定小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）に関し、利用者の心身の状況踏まえ、妥当適切な指定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"/> |
| 3 6. 地域との連携<br>(基準第34条準用)<br>(予防基準第39条準用)                            | 指定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、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）について知見を有する者等により構成される協議会（「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<br>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。<br>□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。                                                                                                                                                               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | □同一の日常生活圏域内に所在する事業所ですか。<br>※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。                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                          |                          |
|                                                                      | 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"/> |
|                                                                      | 事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合に、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。                                                                                                                                                                                                       |                        | <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. 居住機能を担う併設施設等への入居<br>(基準第86条)<br>(予防基準第62条)                                                                   | 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"/> |
| 38. 事故発生時の対応<br>(基準第3条の38準用)<br>(予防基準第37条準用)                                                                     | 利用者に対する指定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（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。<br>※ 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。<br>(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"/> |
| 39. 虐待の防止<br>(基準第3条の38の2)<br>(予防基準第37条の2準用)                                                                      | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                  | （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）について介護従業者に周知徹底を図っていますか。<br>(委員会で検討すべき内容)<br>・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<br>・虐待の防止のための指針の整備に関すること<br>・虐待の防止のための職員研修の内容に関すること<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                  | （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。<br>□事業所における虐待防止に関する基本的考え方<br>□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<br>□虐待防止のための職員研修に関する基本方針<br>□虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針<br>□虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項<br>□成年後見制度の利用支援に関する事項<br>□虐待等に係る苦情解決方法に関する事項<br>□利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項<br>□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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                  | （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書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<br>研修記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. 会計の区分<br>(基準第3条の39準用)<br>(予防基準第38条準用)                                                                        | （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。<br>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。<br>※ 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       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                  | 指定小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）ごとに経理を区分するとともに、指定小規模多機能型居宅介護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     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. 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<br>【令和９年３月31日までの間は、努力義務】<br>(基準第86条の2準用)<br>(予防基準第62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。<br>※ 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       | <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 2. 記録の整備<br>(基準第87条)<br>(予防基準第63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<br>会計に関する書類<br>設備・備品に関する書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                | 利用者に対する指定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。<br>□① 居宅サービス計画(介護予防サービスに係る計画)<br>□② (介護予防)小規模多機能型居宅介護計画<br>□③ 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)<br>□④ 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<br>□⑤ 利用者に関する市町村への通知に係る記録<br>□⑥ 苦情の内容等の記録<br>□⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録<br>□⑧ 運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録                                                                       | 左記①～⑧                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 3. 変更の届出<br>(法78条の5及び施行規則第131条の13第1項第5号)<br>【法115条の15及び施行規則第140条の30第1項第2号】<br>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。<br>【厚生労働省令届出事項】<br>(1)事業所の名称及び所在地<br>(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<br>(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。)<br>(4)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<br>(5)事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴<br>(6)運営規程<br>(7)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<br>(8)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<br>(9)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<br>(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。<br>また、どのような方法で周知されていますか。<br>(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】<br>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。<br>法令遵守責任者の届出 済 ・ 未済<br>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】<br>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。<br>また、規程の概要を所管庁に届け出ていますか。<br>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】<br>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。<br>また、監査の方法の概要を所管庁に届け出ていますか。<br>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。<br>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<br>(算定基準一から三)<br>(予防算定基準一から三)               | 指定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。                                                                                                               | 小規模多機能型居宅介護計画書<br>介護給付費請求書<br>サービス提供証明書<br>書控 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                      | 指定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。<br>※ 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<br>相互の算定関係について<br>(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看護小規模多機能型居宅介護を受けている間は、(介護予防)小規模多機能型居宅介護費を算定していないか。     | 小規模多機能型居宅介護計画書<br>介護給付費請求書<br>サービス提供証明書<br>書控 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                      | 小規模多機能型居宅介護を受けている間については、訪問看護費、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(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所が指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護を行った場合に、(介護予防)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<br>所定単位数の算定について<br>(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。<br>※ 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と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<br>(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、従事者が労働基準法(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<br>資格証<br>修了証                             | <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                      |
| 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上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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          |                          |                          |
|                                                      | 人員基準上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。<br>※ 利用者等の平均は、前年度の全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。<br>※ 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します。                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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限る）                     | 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。<br>※ 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"/> |
| 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。<br>※ 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）                                       | 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63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。<br>※ 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。<br>※ 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。<br>※ 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<br>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。<br>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<br>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<br>※ 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。<br>※ 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<br>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<br>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. 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））（予防留意事項通知2-5（1）） | 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<br>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<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                      | 月途中から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。<br>※ 「同一建物」とは、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。<br>具体的には、当該建物の1階部分に小規模多機能型居宅介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟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<br>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<br>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<br>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                      |
| 8. 短期利用居宅介護費について<br>(留意事項通知2-5(2))<br>(予防留意事項通知2-5(2))    | 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"/> |
|                                                           | 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、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合ですか。                                                                                                                                                                                         |                                                     | <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"/> |
|                                                           | 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が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"/> |
| 9. 文書の取扱いについて<br>(留意事項通知2-1-(13))                         | ①電磁的記録                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                          |                          |                          |
|                                                           | 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整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。<br>・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整するファイルにより保存する方法<br>・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整するファイルにより保存する方法                                                                                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | ②電磁的方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                          |                          |                          |
|                                                           | 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"/> |
| 10. 身体拘束廃止未実施減算について<br>(留意事項通知2-5(3))<br>(予防留意事項通知2-5(3)) | 指定地域密着型サービス基準第73条第6号及び第7号に規定する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。<br>【講じる措置の内容】<br>・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身体的拘束の記録を行う<br>・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<br>・身体的拘束適正化のための指針を整備する<br>・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<br>身体的拘束適正化のための指針<br>研修計画<br>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"/> |
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                          |                          |                          |

| 点検項目                                                             | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 確認書類                                            | 自主点検結果                   |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 | 適                        | 不適                       | 該当無                      |
| 1 1. 高齢者虐待防止措置未実施減算<br>(留意事項通知2-5(4))<br>(予防留意事項通知2-5(4))        | 指定地域密着型サービス基準第88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。<br>【講じる措置の内容】<br>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<br>②高齢者虐待防止のための指針を整備する<br>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<br>④ ①～③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<br>虐待の防止のための指針<br>研修計画<br>研修記録<br>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"/> |
| 1 2. 業務継続計画未策定減算<br>(留意事項通知2-5(5))<br>(予防留意事項通知2-5(5))           | 指定地域密着型サービス基準第88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）から基準に満た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。<br>【講じる措置の内容】<br>・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<br>研修計画<br>研修記録<br>訓練記録                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 3. サービス提供が過少である場合の減算について<br>(留意事項通知2-5(6))<br>(予防留意事項通知2-5(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、登録者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。                                                                                                                                                                                                                          | サービス提供記録等                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                  | 「登録者1人当たりの平均回数」は、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。<br>【計算式】<br>通いサービスの回数 + 訪問サービスの回数 + 宿泊サービスの回数 × 7<br>(当該月の日数 × 登録人数) - 控除日数<br>※ 介護予防小規模多機能型居宅介護と一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれのサービス提供回数を合算し、また、小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算すること。 |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                  | ・ 通いサービス<br>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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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"/> |
|                                                                  | 登録者が月の途中に利用を開始又は終了した場合にあっては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については、上記の算定の際に控除していますか。<br>※ 登録者が入院した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く）についても同様の取扱いとする。                                                                                                                                                                                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 4. 初期加算<br>(算定基準別表4ハ)<br>(予防算定基準別表2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。<br>※ 「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<br>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                      |
| 15. 認知症加算<br>(算定基準別表4二)                                | 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。<br>※ (1)、(2)又は(3)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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 【認知症加算(Ⅰ)】 920単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                          |                          |                          |
|                                                        | (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Ⅴ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<br>20人未満のとき 1以上<br>20人以上29人未満 2以上<br>30人以上39人未満 3以上<br>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。<br>※ 認知症看護に係る適切な研修とは、<br>①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修<br>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<br>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」<br>(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数が確認できるもの<br>研修修了証等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | (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。<br>※ 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と差し支えない。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。                                                                                                                                                                  | 会議録                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | (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一名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。<br>※ 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<br>指導記録等                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | (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<br>研修記録                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 【認知症加算(Ⅱ)】 890単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                          |                          |                          |
|                                                        | 認知症加算(Ⅱ) (1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 【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Ⅴに該当する者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 日常生活自立度のランクごとの利用者数が確認できるもの           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 認知症行動・心理症状緊急<br>対応加算<br>(算定基準別表4ホ)<br>(予防算定基準別表2二) | 【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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 日常生活自立度のランクごとの利用者数が確認できるもの           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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。<br>※ 「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。<br>※ 利用開始後8日目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<br>介護給付費明細書                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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。<br>※ 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。<br>※ 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                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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。<br>a. 病院又は診療所に入院中の者<br>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<br>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                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                        | 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ての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                            | <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                      |
| 17. 若年性認知症利用者受入加算<br>(算定基準別表4へ)<br>(予防算定基準別表2ホ) | 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<br>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。<br>※ 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。）<br>《一部抜粋》<br>※ 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<br>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<br>介護給付費明細書     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 看護職員配置加算<br>(算定基準別表4ト)                      | 以下の要件を満たしている場合、それぞれの区分に応じて1月につきそれぞれの所定単位数を加算していますか。                                                                                                                                                                                                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 【看護職員配置加算（Ⅰ）】900単位<br>・専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置していますか。<br>・看護職員配置加算Ⅱ及びⅢを算定していません。<br>※ 看護師資格を有する管理者について、看護職員配置加算の要件である常勤かつ専従を満たすこととして、加算を算定することはできない。                                                                                       | 勤務表                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 【看護職員配置加算（Ⅱ）】700単位<br>・専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1名以上配置していますか。<br>・看護職員配置加算Ⅰ及びⅢを算定していません。                                                                                                                                                          | 勤務表                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 【看護職員配置加算（Ⅲ）】480単位<br>・看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していますか。<br>・看護職員配置加算Ⅰ及びⅡを算定していません。                                                                                                                                                                                  | 勤務表                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 【（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）共通】<br>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"/> |
| 19. 看取り連携体制加算<br>(算定基準別表4チ)                     | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合に、死亡日及び死亡日以前30日以下について1日につき64単位を死亡月に加算していますか。<br>※ 看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。 | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していますか。                                                                                                                                                                                                                                        | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 看護師により24時間連絡できる体制を確保していますか。<br>※ 「24時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても小規模多機能型居宅介護事業所から連絡でき、必要な場合には小規模多機能型居宅介護事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤することができる体制であること。<br>※ 看護職員配置加算（Ⅰ）で配置する常勤の看護師に限らず、他の常勤以外の看護師を含め、小規模多機能型居宅介護事業所の看護師と24時間連絡できる体制が確保されていれば算定要件を満たす。      | 勤務表等                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対し、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていますか。                                                                                                                                                                                               | 研修計画<br>研修資料             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 対応方針には下記の事項を盛り込んでいますか。                                                                                                                                                                                                                                       | 看取り期における対応方針             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | ・ 事業所における看取り期における対応方針に関する考え方                                                                                                                                                                                                                                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | ・ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）                                                                                                                                                                                                                               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | ・ 登録者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法                                                                                                                                                                                                                             |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | ・ 登録者等の情報提供に供する資料及び同意書等の様式                                                                                                                                                                                                                                   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | ・ その他職員の具体的対応等                                                                                                                                                                                                                                               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制について、適宜見直しを行っていますか。                                                                                                                                                           | 会議録等                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 対象者は、看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等入所者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者、又はその家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者ですか。                                                                                                               | 同意書                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                 | 看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制について、適宜見直しを行っていますか。                                                                                                                                                           | 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                      |
| 19. 看取り連携体制加算<br>(算定基準別表4チ) | 看取り期の利用者に対するサービス提供において、次に掲げる事項を介護記録等に記録し、多職種連携のための情報共有を行っていますか。<br>・利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録<br>・看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて登録者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録                                                                                                                                 | 介護記録<br>アセスメント及び<br>対応の経過の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 登録者の看取りに関する理解を支援するため、登録者の状態又は家族の求め等に応じ随時、介護記録等その他の登録者に関する記録の開示又は当該記録の写しの提供を行っているか。<br>適宜、登録者等に理解しやすい資料を作成し、代替することは差し支えない。                                                                                                                                                                          | 開示した記録類                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 小規模多機能型居宅介護事業所から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、登録者側にとっては、小規模多機能型居宅介護の登録を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、登録者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ていますか。<br>※死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合も算定可能。ただし、事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までは算定不可。 | 同意書                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 小規模多機能型居宅介護事業所は、入院の後も、継続して登録者の家族や入院先の医療機関等との継続的な関わりを持つことが必要である。なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、入院の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。                                                                                                              | 同意書                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意について、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載していますか。                                                                                                                                                                                                                   | 介護記録                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、看取り期における登録者に対する介護の内容について相談し、共同して介護を行っており、家族に対して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"/> |
|                             | 上記の場合には、適切な看取り期における取組が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族に対する連絡状況等について記載していますか。<br>※ なお、家族が利用者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、事業所は、定期的に連絡を取ることで、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。                                                                                                     | 介護記録                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 当該事業所の宿泊室等で看取りを行う際には、プライバシーの確保及び家族への配慮について十分留意していますか。                                                                                                                                                                                                                                              |                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. 訪問体制強化加算<br>(算定基準別表4リ)  | 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<br>介護給付費明細書         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | ①指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置していますか。<br>※ 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。                                                                                                                                                                           | 勤務表                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 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。<br>※ 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、登録者の総数のうち同一建物居住者以外の者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、同一建物居住者以外の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。<br>※ 訪問サービスの提供回数には、介護予防小規模多機能型居宅介護の登録者に対する訪問サービスを含めない。 |                              | <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"/> |
|                             | 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。<br>※ 訪問サービスの提供回数には、介護予防小規模多機能型居宅介護の登録者に対する訪問サービスを含めない。<br>※ 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為、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"/> |
|                             | ⑤ 指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、各月の前月末日時点における登録者のうち同一建物居住者以外の者の占める割合が100分の50以上であってかつ①～④の要件を満たす場合に算定していますか。<br>※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。                                                                                        |                              | <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                      |
| 21. 総合マネジメント体制強化加算<br>(算定基準別表4ヌ)<br>(予防算定基準別表2へ) | 以下の基準を満たし、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、それぞれの所定単位数を1月につき加算していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 介護給付費請求書<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          |                          |                          |
|                                                  | （１）利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 小規模多機能型居宅介護計画書       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | （２）利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していますか。<br>（地域の行事や活動の例）<br>・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）<br>・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）                                                                                                                                                                                                                                                      |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | （３） 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。<br>※ 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"/> |
|                                                  | （４） 必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービス（介護給付費等対象サービス（法第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"/> |
|                                                  | （５） 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。<br>（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。<br>※ 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。<br>（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。）<br>（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、研修会等を定期的実施していること。<br>（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<br>会議録<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                          |                          |                          |
|                                                  | 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）の要件（１）及び（２）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                      |
| 2 2. 生活機能向上連携加算（算定基準別表4ル）<br>（予防算定基準別表2ト） | 【生活機能向上連携加算（Ⅱ）】 200単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                          |                          |                          |
|                                           | 利用者に対して指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師・理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士（以下、「理学療法士等」という。）が指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に、介護支援専門員が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき200単位を算定していますか。<br>ただし、生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定している場合には算定しない。                                                                                                                                                                                  | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （１）「生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画」は、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるようその有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する介護の内容を定めていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 小規模多機能型居宅介護計画        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （２）上記の介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は当該理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後共同してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行い、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下、「生活機能アセスメント」という。）を行っていますか。<br>※ 「カンファレンス」は、サービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で、計画作成責任者及び理学療法士等により実施されるもので差し支えない。<br>※ カンファレンスは、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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り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。 | 評価の記録                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ※ この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院を指す。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                          |                          |                          |
|                                           | （３）上記の介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 小規模多機能型居宅介護計画        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ロ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3月を目途とする達成目標                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ハ ロの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ニ ロ及びハの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （４）上記ロ及びハの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。<br>※ 例えば、当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 小規模多機能型居宅介護計画        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （５）介護計画及び当該介護計画に基づく訪問介護員等が行う指定小規模多機能型居宅介護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。<br>（例）達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定。<br>（1月目）訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。<br>（2月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。<br>（3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定小規模多機能型居宅介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。                                                                                                                                                                                                       |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （６）（２）の評価に基づき、（１）の小規模多機能型居宅介護計画に基づき提供された初回の指定小規模多機能型居宅介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定していますか。また、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度（２）の評価に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直していますか。<br>（※ 当該3月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 小規模多機能型居宅介護計画        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | （７）算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及びロの達成目標を踏まえた適切な対応を行っていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 小規模多機能型居宅介護計画        | <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                      |
| 22. 生活機能向上連携加算<br>(算定基準別表4ル)<br>(予防算定基準別表2ト)     | 【生活機能向上連携加算(Ⅰ)】 100単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          |                          |                          |
|                                                  | 介護支援専門員が指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師・理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成し、同計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行った日の属する月に100単位を算定していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (1) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)の要件(1)(3)(4)(5)について満たしていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 小規模多機能型居宅介護計画        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (2) 理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が助言に基づき、小規模多機能型居宅介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に定期的に報告していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 報告の記録                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (3) 小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定小規模多機能型居宅介護の計画作成責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話装置等を用いて把握した上で、当該指定小規模多機能型居宅介護の計画作成責任者に助言を行っていますか。<br>なお、ICTを活用した動画やテレビ電話装置等を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成責任者で事前に方法等を調整するものとする。                                                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (4) 当該小規模多機能型居宅介護の計画作成責任者は、(3)の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、小規模多機能型居宅介護計画の作成を行っていますか。<br>なお、小規模多機能型居宅介護計画には、(3)の助言の内容を記載していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 評価の記録                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (5) 本加算は、小規模多機能型居宅介護計画に基づき指定小規模多機能型居宅介護を提供した初回の月に限り、算定していますか。<br>なお、(3)の助言に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合には本加算を算定する事が可能であるが、利用者の急性増悪等により小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合を除き、小規模多機能型居宅介護計画に基づき指定小規模多機能型居宅介護を提供した翌月及び翌々月は本加算は算定できない。                                                                                                                                                                                                                                                               | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (6) 3月経過後、目標の達成度合いについて利用者及び理学療法士等に報告していますか。<br>なお、再度(3)の助言に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 口腔・栄養スクリーニング加算<br>(算定基準別表4ロ)<br>(予防算定基準別表2チ) | 介護従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき20単位を算定していますか。<br>ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 介護給付費請求書<br>介護給付費明細書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | イ 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つては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者の担当する介護支援専門員に提供していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | ロ 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つては、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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (1) 口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングは利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                  | (2) 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うにあたっては、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すること。<br>イ. 口腔スクリーニング<br>a: 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者<br>b: 入れ歯を使っている者<br>c: むせやすい者<br>ロ. 栄養スクリーニング<br>a: BMIが18.5未満である者<br>b: 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者<br>c: 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者<br>d: 食事摂取量が不良(75%以下)である者<br>※ 別紙様式5-1を用いてスクリーニングを行うこと。<br>※ 介護職員等は、再スクリーニングを6月毎に実施するとともに、前回実施した際の結果と併せて介護支援専門員に情報提供等を行っていますか。 |                      | <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"/> |

| 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. 科学的介護<br>推進体制加算<br>(算定基準別表4<br>7)<br>(予防算定基準別<br>表2リ) | 下記に適合しているものとして利用者に対し指定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) 必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、指定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。<br>【提出情報】<br>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。<br>①基本情報<br>②総論<br>③口腔・栄養<br>④認知症<br>※ 任意項目を除きます。<br>【提出頻度】<br>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。<br>①既利用者については、算定を開始しようとする月<br>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<br>③ ①②の月のほか、少なくとも3月ごと<br>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"/> |
|                                                           | (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(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上のため下記の取り組みを行っていますか。<br>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)<br>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)<br>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)<br>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"/> |

| 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. 生産性向上推進体制加算<br>(算定基準別表4カ)<br>(予防算定基準別表2ヌ) | 下記に適合しているものとして利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。<br>※ 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。<br>※ 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」を参照。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                               | 【生産性向上推進体制加算（Ⅰ）】100単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                          |                          |                          |
|                                               | (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。<br>※ 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<br>※ 「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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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象をいう。）（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<br>※ 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。<br>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<br>② 職員の負担が過度に増えている時間帯の有無<br>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<br>※ 次の①及び②の事項を行うこと。<br>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。<br>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"/> |
|                                               | (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<br>※ 介護機器の使用法の講習やヒヤリ・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。<br>※ 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。<br>①見守り機器<br>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。<br>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。）<br>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・活用までを一體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に確認していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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。<br>※ 以下のア～オの事項の結果の提出が必要です。<br>ア 利用者の満足度（QOL等の変化）の変化（WHO-5）<br>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<br>ウ 年次有給休暇の取得状況の変化<br>エ 介護職員の心理的負担等の変化（SRSS-18等）<br>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。<br>※ 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。<br>※ 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                      |
| 26. サービス提供体制強化加算<br>(算定基準別表4ノ)<br>(予防算定基準別表2ル) | 下記に適合するものとして利用者に対し指定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)】<br>(1)指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修含む)を実施又は実施を予定していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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1回以上)に開催していますか。<br>※「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。なければならない。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。<br>※ 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。<br>・利用者のADLや意欲<br>・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望<br>・家庭環境<br>・前回のサービス提供時の状況<br>・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)<br>指定小規模多機能型居宅介護の従業者(看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、<br><input type="checkbox"/> ①介護福祉士の占める割合が100分の70以上<br><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<br>雇用契約書<br>資格証<br>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)】<br>指定小規模多機能型居宅介護の従業者(看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 勤務表<br>雇用契約書<br>資格証<br>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<br>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)】<br>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)<br>指定小規模多機能型居宅介護の<br><input type="checkbox"/> ①従業者(看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上<br><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<br><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<br>雇用契約書<br>資格証<br>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<br>会議記録               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. サービス提供体制強化加算<br>(算定基準別表4ノ)<br>(予防算定基準別表2ル) | 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。<br>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。<br>※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、又は再会した事業所を含む。)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)<br>※ 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。<br>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。<br>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。<br>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"/> |
|                                                | 同一の事業所において介護予防小規模多機能型居宅介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行っていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                | 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められるが請求事務等介護に関わらない業務を除く。)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。<br>※請求事務等介護に関わらない業務は含められません。                                                                                                                                                                                                                                                                |                            | <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 |
| 27. 介護職員処遇改善加算<br>(算定基準別表4タ)<br>(予防算定基準別表2ヲ) | 【介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)】<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 介護職員処遇改善<br>加算計画書<br>賃金台帳、給与明細書<br>実績報告書<br>研修計画書、研修記録<br>介護給付費明細書・請求書<br>労働保険料の納付職員への周知の記録等 |        |    |     |
|                                              | (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。<br>(一) 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)を算定した場合に算定することが見込まれる額の二分の一以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。<br>(二) 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所において、介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (2) 当該指定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(特別区の区長を含む。以下同じ。)に届け出ているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (4) 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所において、事業年度ごとに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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (6) 当該指定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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。<br>(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。<br>(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。                                                                                                                                        |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | 【介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)】<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | 【介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)】<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              | □      | □  | □   |
|                                              | 【介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)】<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              | □      | □  | □   |

| 点検項目                     |                                                                                                                                                                  | 確認事項    | 確認書類                     | 自主点検結果                   |                          |     |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
|                          |                                                                                                                                                                  |         |                          | 適                        | 不適                       | 該当無 |
| Ⅶ 介護給付費関係（介護予防）短期利用居宅介護費 |                                                                                                                                                                  |         |                          |                          |                          |     |
| 1 短期利用居宅介護費（予防含む）        | 利用に際しては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、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合としていますか。 | サービス提供票 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                          | 利用の開始に当たっては、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"/> |     |
|                          | 指定小規模多機能型居宅介護の基準に定める従業者の員数を置いていますか。                                                                                                                              | 勤務表     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                          | 指定小規模多機能型居宅介護事業所が小規模多機能型居宅介護費について[サービス提供が過少である場合の減算]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しているか。                                                                                |         | <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"/> |     |

【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0331004号・

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0331004

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に伴う実  
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)