

看護小規模多機能型居宅介護事業者自主点検表

記入年月日	令和 年 月 日	(令和4年度版)		
法人名				
介護保険事業所番号	看護小規模多機能型居宅介護			
事業所名称				
記入担当者	(職種)	(氏名)	連絡先 電話番号	— —

自主点検表記載に当たっての留意事項

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

第1 基本方針

項目	内容	適	不適	非該当
1 基本方針 【地密】	<p>事業は、訪問看護の基本方針及び小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえて行っているか。</p> <p>(訪問看護の基本方針) 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指しているか。</p> <p>(小規模多機能型居宅介護の基本方針) 要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、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、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 従業員の員数等				
(1) 介護従業者	(1) 事業所ごとに置くべき介護従業者の員数は、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たる介護従業者については、常勤換算方法で、通いサービスの提供に当たる者をその利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上及び訪問サービスの提供に当たる介護従業者を2以上としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(2) サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に置くべき訪問サービスの提供に当たる介護従業者については、本体事業所の職員により当該サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、2人以上とすることができるが、該当はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 夜間及び深夜の時間帯を通じて指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たる介護従業者については、夜間及び深夜の勤務(宿直勤務を除く。)に当たる者を1以上及び宿直勤務に当たる者を当該宿直勤務に必要な数以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(4) サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所については、夜間及び深夜の時間帯を通じて本体事業所において宿直勤務を行う介護従業者により当該サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて宿直勤務を行う介護従業者を置かないことができるが、該当はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護従業者のうち1以上の者は、常勤の保健師又は看護師か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(6) 介護従業者のうち、常勤換算方法で2、5以上の者は、保健師、看護師又は准看護師（以下、看護職員という）か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(7) サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所については、看護職員の員数は、常勤換算方法で1以上としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる従業者のうち、1以上の者は、看護職員であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて夜間及び深夜の勤務並びに宿直勤務に当たる看護小規模多機能型居宅介護従業者を置かないことができる。該当はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 事業所に以下のいずれかに掲げる施設等が併設されている場合において、(1)から(7)に定める人員に関する基準を満たす看護小規模多機能型居宅介護従業者を置くほか、以下に掲げる施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、当該看護小規模多機能型居宅介護従業者は、以下に掲げる施設等の職務に従事することができる。該当はあるか。 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 計画作成担当者	(11) 事業者は、登録に係る居宅サービス計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員を置いているか。ただし、当該介護支援専門員は、利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は当該事業所に併設する(8)に掲げる施設等の職務に従事することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 介護支援専門員は、厚生労働大臣が定める研修を修了している者であるか。 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(13) サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所については、本体事業所の介護支援専門員により当該サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対して居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する(12)の研修を修了している者を置くことができる。該当はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) その他	(14) 利用者の数は、前年度の平均値となっているか。ただし、新規に指定を受けるときは、推定数によっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 指定複合型サービス事業者が指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定看護小規模多機能型居宅介護の事業と指定訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合に、常勤換算方法で2.5以上となる看護職員をおくときは、当該指定複合型サービス事業者は、(1)介護従業者の(5)に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。該当はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 管理者	(1) 事業者は、事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は併設する施設等の職務若しくは同一敷地内の事業所の職務に従事することができるか、該当はあるか。（ ）と兼務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(3) (1)にかかわらず、事業所の管理上支障がない場合は、サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、本体事業所の管理者をもって充てることができるか、該当はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(4) (1)の管理者は、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、小規模多機能型居宅介護事業所、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業者若しくは訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、以下の研修を修了しているもの、又は保健師若しくは看護師であるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修 <input type="checkbox"/> 平成18年3月31日までに、「実践者研修」又は「基礎課程」の研修を修了した者であって、平成18年3月31日に、現に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、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者の職務に従事している者。 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム管理者研修 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	<p>(4) サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は本体事業所の管理者を充てることができることとされているが、当該事業所の管理者が保健師又は看護師でないときは、当該管理者は認知症対応型サービス事業管理者研修を修了しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 代表者	<p>指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者は、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業者、訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験を有する者若しくは保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、厚生労働大臣が定める研修を修了しているもの、又は保健師若しくは看護師であるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修 <p>※ 下記の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 「実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修」 <input type="checkbox"/> 「基礎課程又は専門課程」 <input type="checkbox"/> 「認知症介護指導者研修」 <input type="checkbox"/> 「認知症高齢者グループホーム開設予定者研修」 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第3 設備に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 登録定員及び利用定員	(1) その登録定員を29人以下としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(2) サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、18人以下としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業所は、通いサービスの利用定員を登録定員の2分の1から15人までとしているか。 ※登録定員が25人を超える場合にあつては以下の利用定員までとしているか。 ・26人又は27人→16人まで ・28人 →17人まで ・29人 →18人まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(4) サテライト事業所にあつては、通いサービスの利用定員を12人までとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業所は、宿泊サービスの利用定員を、通いサービスの利用定員の3分の1から9人までとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(サテライト)	(6) サテライト事業所にあつては、宿泊サービスの利用定員を、6人までとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 設備及び備品等	(1) 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、市へ変更届を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所は、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介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 居間及び食堂	居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
4 宿泊室	(1) 宿泊室の定員は、1人となっているか。 ※ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 宿泊室の床面積は、7.43平方メートル以上となっているか。ただし、事業所が病院又は診療所である場合であって定員が1人である宿泊室の床面積については、6.4平方メートル以上とすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)及び(2)を満たす宿泊室(以下この号において「個室」という。)以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、おおむね7.43平方メートルに宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とするものとし、その構造は利用者のプライバシーが確保されたものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) プライバシーが確保された居間については、(3)の個室以外の宿泊室の面積に含めることができるが、該当はあるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業所が診療所である場合であって、当該指定看護小規模多機能型居宅介護の利用者へのサービスの提供に支障がない場合には、当該診療所が有する病床については、宿泊室を兼用することができるが、該当はあるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 設備の専用	設備は、専ら当該指定看護小規模多機能型居宅介護の事業の用に供するものとなっているか。ただし、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 立地条件	事業所は、利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 その他	(1) 利用者にかかる各種記録等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。(扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等が望ましい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事故の未然防止(誤飲防止)の観点から、画鋲やマグネット等を使用していないか。また、浴室・トイレ内に洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 宿泊室、トイレ、浴室等にナースコール又はこれに代わる設備は設置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第4 運営に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 内容及び手続の説明及び同意	(1) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、看護小規模多機能型居宅介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(「24 運営規程」の項目を参照) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 (<input type="checkbox"/> 実施の有無、 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日、 <input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称、 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況) <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	事業者は、正当な理由なく指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	事業者は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の通常の事業の実施地域等を動かし、利用申込者に対し自ら適切な指定看護小規模多機能型居宅介護を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定看護小規模多機能型居宅介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	(1) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 事業者は、前項の被保険者証に、法第78条の3第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定看護小規模多機能型居宅介護を提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定の申請に係る援助	(1) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身の状況等の把握	事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、介護支援専門員が開催するサービス担当者会議等(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために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の担当者を招集して行う会議をいう。)(テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話機器装置等」という。)を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下「利用者等」という。)が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 居宅介護支援事業者等との連携	(1) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護を提供するに当たっては、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に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護を提供するに当たっては、利用者の健康管理を適切に行うため、主治の医師との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 身分を証する書類の携行	事業者は、看護小規模多機能型居宅介護従業者のうち訪問サービスの提供に当たるものに身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、当該指定看護小規模多機能型居宅介護の提供日及び内容、当該指定看護小規模多機能型居宅介護について利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容(送迎を含む)等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 利用料等の受領	(1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業者に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	<p>(3) (1)(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 <input type="checkbox"/> 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合は、それに要した交通費の額 <input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> 宿泊に要する費用 <input type="checkbox"/> おむつ代 <input type="checkbox"/> 上記に掲げるもののほか、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められる費用 <p>※「その他の日常生活費」老企第54号 (支払いを受けている費用：)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 食事の提供に要する費用及び宿泊に要する費用については、厚生労働大臣が定めるところによるものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、(3)の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収証の発行)	(1) 利用者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収証を発行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 領収書には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(預かり金)	<p>預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 預かり金管理規程を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管しているか。 <input type="checkbox"/> 適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っているか。 <input type="checkbox"/> 利用者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の収支状況は、定期的（毎月）に点検されているか。 <input type="checkbox"/> 利用者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。 	<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	事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 指定看護小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針	(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、自らその提供する指定看護小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針	(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、療養上の管理の下で妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定看護小規模多機能型居宅介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 従業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項その他サービスの提供の内容等について、理解しやすいように説明又は必要に応じた指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(5) 指定看護小規模多機能型居宅介護は、通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 看護サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携により、及び看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復が図られるよう妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、サービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 特殊な看護等については、これを行ってはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体的拘束等	(1) 身体的拘束等を行った事例があるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 身体的拘束等を行う際には、管理者等から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しているか。 身体的拘束等のマニュアル(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、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を除き、身体的拘束等を行ってはいないか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を本人又はその家族に説明しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、ケース検討会議等で他に方法がなかったかどうか検討しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (6)の3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 「緊急やむを得ない場合」の以下の3要件すべてを満たしているか、また記録から読み取れるか。 <input type="checkbox"/> 切迫性 : 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと <input type="checkbox"/> 非代替性 : 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと <input type="checkbox"/> 一時性 : 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者本人や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等できる限り詳しく説明し、十分な理解を得るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 身体拘束等開始後の経過観察の記録(その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由)をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 主治の医師との関係	(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な看護サービスが提供されるよう、必要な管理をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、主治の医師に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院又は診療所である場合にあっては、(2)(3)の規定にかかわらず、(2)の主治の医師の文書による指示及び(3)の看護小規模多機能型居宅介護報告書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができるが、事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
15 居宅サービス計画の作成	(1) 管理者は、介護支援専門員に、登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護支援専門員は、(1)に規定する居宅サービス計画の作成に当たっては、指定居宅介護支援等基準条例第16条各号に掲げる具体的取組方針に沿って行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【指定居宅介護支援の具体的取組方針】	(1) 管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アセスメント	(6) 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、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課題点を明らかにし、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るか。 参考：「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日 老企第29号）」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 介護支援専門員は、(6)に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)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して行わなければならないこと。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、理解を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画原案の作成	(8) 介護支援専門員は、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、 <input type="checkbox"/> 利用者及びその家族の生活に対する意向 <input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題 <input type="checkbox"/> 提供されるサービスの目標及びその達成時期 <input type="checkbox"/> サービスの種類、内容及び利用料 <input type="checkbox"/> 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 居宅サービス計画原案には、利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス担当者会議等	(10) 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話機器装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共に共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(11) ただし、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（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認め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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画の説明及び同意	(12) 介護支援専門員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画の交付	(13) 介護支援専門員は、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利用者及び担当者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	(14) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問看護計画等指定居宅サービス等基準条例において位置付けられている計画の提出を求めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等	(16) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者について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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 介護支援専門員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニタリングの実施 【介護】	(18) 介護支援専門員は、(16)に規定する実施状況の把握（「モニタリング」）に当たっては、利用者及びその家族、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、次に掲げるところにより行っているか。 <input type="checkbox"/> 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。 <input type="checkbox"/> 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(19) 「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。 当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画の変更の必要性についての専門的意見の聴取	(20) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、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るか。 ただし、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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(21) 担当者からの意見により、居宅サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存について同様に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅サービス計画の変更	(22) (3)から(14)までの規定は、(16)に規定する居宅サービス計画の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	(23) 介護支援専門員は、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又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るか。 ※要支援の利用者には、要介護認定に係る申請について必要な支援を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(24) 介護支援専門員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
主治の医師等の意見等	(25) 介護支援専門員は、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又は歯科医師（「主治の医師等」という）の意見を求めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(26) (25)の場合において、介護支援専門員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(27) 介護支援専門員は、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付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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映	(28) 介護支援専門員は、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をした上で、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(29) 介護支援専門員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(30) 介護支援専門員は、要介護1の利用者（「軽度者」）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、調査票の写しを市町村から入手しているか。 ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(31) 介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与と事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与と事業者へ送付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(32) 介護支援専門員は、当該軽度者が福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。 この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与と事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映	(33) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は指定に係る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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域ケア会議への協力	(34) 事業者は、地域ケア会議から、個別のケアマネジメントの事例の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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 法定代理受領サービスに係る報告	事業者は、毎月、市（法第42条の2第9項において準用する法第41条第10項の規定により法第42条の2第8項の規定による審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会）に対し、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付	事業者は、登録者が他の指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の利用を希望する場合その他登録者からの申出があった場合には、当該登録者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成	(1) 管理者は、介護支援専門員に看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、看護師等（准看護師を除く。）に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(3) 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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が確保されるものとなるように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の看護小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、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の内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 下記を明らかにしているか。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの具体的内容 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 日程 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該看護小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常に看護小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) (2)から(7)までの規定は、(8)に規定する看護小規模多機能型居宅介護計画の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院又は診療所である場合にあっては、14 主治の医師との関係(2)(3)にかかわらず、主治の医師の文書による指示及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができるが、事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 介護等	(1) 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、利用者の居宅又は当該サービスの拠点における看護小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と従業者が共同で行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 社会生活上の便宜の提供等	(1) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 利用者に関する市町村への通知	指定看護小規模多機能型居宅介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定看護小規模多機能型居宅介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 緊急時等の対応	(1) 従業者は、現に指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 緊急時対応マニュアル等を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 以下のものを整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー <input type="checkbox"/> 利用者ごとの連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(3) (1)の看護小規模多機能型居宅介護従業者が看護職員である場合にあっては、必要に応じて臨時応急の手当てを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 管理者の責務	(1) 管理者は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護の従業者の管理及び指定看護小規模多機能型居宅介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。 (2) 管理者は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護の従業者に運営に関する規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 運営規程	事業者は、事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束の原則禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 勤務体制の確保等	(1) 事業者は、利用者に対し適切な指定看護小規模多機能型居宅介護を提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めているか。 (2) 事業所ごとに、原則として月ごとに勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。 (3) 事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者によって指定看護小規模多機能型居宅介護を提供しているか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。 (4) 第三者への委託は、調理業務や洗濯等、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務であるか。 (5) 事業者は、介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> 研修年間計画策定（有・無） <input type="checkbox"/> 研修機会の確保 <input type="checkbox"/> 事故対応：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 苦情処理：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 衛生管理（感染症及び食中毒）：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 研修記録 <input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法（ ） (6) 事業者は、適切な指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより看護小規模多機能型居宅介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	(7) 研修の機会を確保するにあたっては、当該事業者は、全ての看護小規模多機能型居宅介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。 認知症介護基礎研修を受講させるために講じている措置の内容（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
26 定員の遵守	<p>(1) 事業者は、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指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を行っていないか。ただし、通いサービス及び宿泊サービスの利用は、利用者の様態や希望等により特に必要と認められる場合は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ないものとする。なお、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p>(2) (1)の必要と認められる場合として、該当する事例はあるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 登録者の介護者が急病のため、急遽、事業所において通いサービスを提供したことにより、当該登録者が利用した時間帯における利用者数が定員を超える場合</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準ずる状況により特に必要と認められる場合 (具体的に：)</p> <p>(3) (1)の規定にかかわらず、過疎地域その他これに類する地域において、地域の实情により当該地域における指定看護小規模多機能型居宅介護の効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、市町村が認めた日から市町村介護保険事業計画の終期までに限り、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えて指定小規模多機能型居宅介護の提供を行うことができるが、事例はあるか。 (有 ・ 無)</p>	□	□	□
27 業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までの経過措置あり）	<p>(1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。</p> <p>(2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。 なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」、「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。 なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。</p> <p><input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）</p> <p><input type="checkbox"/> b 初動対応</p> <p><input type="checkbox"/> c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）</p> <p><input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対応、必要品の備蓄等）</p> <p><input type="checkbox"/> b 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"/> c 他施設及び地域との連携</p> <p>(3) 事業者は、看護小規模多機能型居宅介護従業者等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施しているか。</p> <p>(4) 研修の内容は、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、緊急時の対応にかける理解の励行を行っているか。 職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。 なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。</p> <p>(5) 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。 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ある</p>	□	□	□

項目	内容	適	不適	非該当
	(6) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 非常災害対策	<p>(1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 火災、風水害、地震等に対応した内容となっている。</p> <p>【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件（地形 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法 （「高齢者等避難」等の情報の入手方法の確認等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害時の連絡先及び通信手段の確認 （自治体、家族、職員 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準（「高齢者等避難発令」時 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難場所 （市が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等）等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害時の人員体制、指揮系統 （災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）</p> <p><input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等</p> <p>(2) 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定通所介護事業所においても、防火管理について責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理者：（ ）</p> <p>(3) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理者：（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 消防訓練（年 回）</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定）</p> <p><input type="checkbox"/> 前回の実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定）</p> <p><input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 前回の実施日（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日）</p> <p>(4) 避難訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 衛生管理等	<p>(1) 事業者は、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るか。</p> <p>① 簡易専用水道【有効容量が10m³を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年1回法定検査を受けているか。 （10立方メートル以下の場合は使用水に異常を認めた時）</p> <p>② 貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年1回以上行っているか。</p> <p>③ 井戸水を使用している場合、必要な水質検査（年1回）を実施し、適切に衛生管理を行っているか。</p> <p>④ 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、常に0.4mg/ℓ以上を保たれている。</p> <p><input type="checkbox"/> 浴槽水を適切に（1週間に1回以上）交換し、清掃を行っている。 ※浴槽水交換頻度 回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認している。 （高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい）</p> <p>1回目：時期 結果</p> <p>2回目：時期 結果</p> <p><input type="checkbox"/> 水質検査を実施した場合には、その結果を市に報告している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話機器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、看護小規模多機能型居宅介護従業者に周知徹底を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所において、看護小規模多機能型居宅介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 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等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及び蔓延を防止するための措置等について、別途通知等が发出されているので、これに基づき、適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 職員の健康管理について、年間1回以上（深夜勤務を行う者は半年に1回以上）定期健康診断を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 感染マニュアル <input type="checkbox"/> 感染症マニュアルを整備しているか。 <input type="checkbox"/> 感染症マニュアルの内容を職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 医薬品及び医療用具の管理は適切か。 <input type="checkbox"/> 医薬品は施設のできるところに保管されているか。 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮しているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては管理責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品、薬剤の取扱いにおいて、利用者への与薬に関するマニュアル等を作成し、誤薬・誤飲防止等の利用者に対する安全対策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ 以下の対応を行っているか。 <input type="checkbox"/> シーツ交換は適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 清潔リネン庫等に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置いていないか。 <input type="checkbox"/> 共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしているか。 （職員、利用者共） <input type="checkbox"/> 手指消毒薬剤又は消毒器を設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 医療機関との協力体制等	(1) 事業者は、主治の医師との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、医療機関との間に協力体制を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関（名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、あらかじめ、歯科診療を行う医療機関との間に協力体制を整備しておくよう努めているか。 <input type="checkbox"/> 協力歯科医療機関（名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、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るか。 <input type="checkbox"/> 協力介護老人福祉施設（名称： ） <input type="checkbox"/> 協力介護老人保健施設（名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 掲示	(1) 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(2) 事業者は、(1)に規定する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、(1)の規定による掲示に代えることができるが、事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 高齢者虐待に関する通報窓口の掲示があるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 秘密保持等	(1) 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。 <input type="checkbox"/> 利用者同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 広告	事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 苦情処理	(1) 事業者は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。 苦情対応マニュアル (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(5)の改善の内容を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(7)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 調査への協力等	事業者は、提供した指定看護小規模多機能型居宅介護に関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切な指定看護小規模多機能型居宅介護が行われているかどうかを確認するために市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
39 事故発生時の対応	(1) 事業者は、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。 事故対応マニュアル（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) ひやりはっと事例報告に係る様式を作成しているか。また、その様式に記録し、保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 虐待の防止 (令和6年3月31日までの経過措置あり)	(1) 当該事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、小規模多機能型居宅介護従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること <input type="checkbox"/> ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること <input type="checkbox"/> ト ヘの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、看護小規模多機能型居宅介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)(3)(5)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業所の従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(9) 利用する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 <input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 会計の区分	事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定看護小規模多機能型居宅介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。 (2) 事業者は、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護計画 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 <input type="checkbox"/> 主治の医師による指示の文書 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護報告書 <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <input type="checkbox"/> 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 <input type="checkbox"/> 報告、評価、要望、助言等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 変更の届出等	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、10日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 電磁的記録等	(1) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。このような事例はあるか。 （有・無） (2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電磁的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。このような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）

出典：大阪府 登録特定行為事業者 自主点検表（令和2年3月16日 更新分）

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

項目	内容	適	不適	非該当
1 登録基準	登録番号（ ） (1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合しているか。 ①介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

項目	内容	適	不適	非該当
2 登録の変更に関する事項	登録の変更は適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称 <input type="checkbox"/> 法人の住所 <input type="checkbox"/> 法人の代表者 <input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 業務方法書 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/> 登録特定行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第6 業務管理体制の整備

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

第7 介護給付費関係

項目	内容	適	不適	非該当
1 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の看護サービスの提供	(1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による看護サービスは、その看護サービスが看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに看護サービスを提供させるという位置付けとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 言語聴覚士により提供される看護サービスは、あくまでも看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法の規定にかかわらず業とすることができることとされている診療の補助行為に限っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 介護給付費基本単位	(1) 要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 月途中から登録した場合又は月途中から登録が終了した場合には、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るか。また、月途中から事業所と同一建物に転居した場合、又は月途中から事業所と同一建物から同一建物で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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
3 定員超過利用	市長に提出した運営規程に定められている登録定員を超えている場合、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 人員基準欠如	<p>従業者の員数が、人員基準上満たすべき員数を下回っている場合、全利用者について、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる者</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員</p> <p><input type="checkbox"/> 夜勤職員・宿直職員・サテライト型事業所の訪問サービスに当たる者の場合は、次のいずれかに該当する場合</p> <p><input type="checkbox"/> 指定基準に定める員数に満たない日が2日以上連続して発生した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 指定基準に定める員数に満たない日が4日以上発生した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員（必要な研修を修了していない場合も含む）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 同一建物居住者減算	事業所と同一建物に居住する登録者について、登録者の要介護状態区分に応じて、登録している期間1月につきそれぞれ所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 短期利用居宅介護費	<p>(1) 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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該事業所の登録者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合であるか。</p> <p>(2) 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るか。</p> <p>(3) 従業者の員数が、人員基準を満たしているか。</p> <p>(4) 過小サービスに対する減算を算定していないか。</p> <p>(5) 登録者定員超過・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(6) 宿泊室を活用する場合については、登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊サービスの利用定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであるか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 過小サービス減算	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（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。）1人当たり平均回数が、週4回に満たない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 サテライト体制未整備減算	サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所において、訪問看護体制減算における届出をしている場合にあっては、サテライト体制未整備減算として、1月につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 通常の実施地域を越えて支援を行った場合の加算	事業所が別に定める地域に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 複合型サービス費の算定	<p>(1) 登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を受けている間は、複合型サービス費を算定していないか。</p> <p>登録者が一の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、指定看護小規模多機能型居宅介護を受けている間は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に複合型サービス費を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 訪問看護体制減算	<p>(1) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く）の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の30未満であるか。</p> <p>(2) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満であるか。</p> <p>(3) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の5未満であるか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
12 末期がん患者等の場合の減算	<p>指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合は、要介護状態区分に応じて減算しているか。</p> <p>(該当疾病) 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーカー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 主治医の特別指示の場合の減算	(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日数に、要介護状態区分に応じて減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 初期加算	登録した日から起算して30日以内について算定しているか。また、30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定看護小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も、同様としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 認知症加算(Ⅰ)	(1) 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 認知症加算(Ⅱ)	(2) 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、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービス計画に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 要介護状態区分が要介護2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に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 認知症行動・心理症状緊急対応加算	日常生活自立度のランクⅡに該当する利用者の確認方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービス計画に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 若年性認知症利用者受入加算	(1) 短期利用居宅介護費について、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 栄養アセスメント加算	(1) 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 認知症加算を算定している場合は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 栄養アセスメント加算	(1) 利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族等に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 栄養改善加算	(1) 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していないか。 <input type="checkbox"/> (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	(1) (1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (5)または(6)のいずれかに適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 口腔機能向上加算(Ⅰ)	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとに利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の方が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
24 口腔機能向上加算(Ⅱ)	<p>(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。</p> <p>(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。</p> <p>(3) 口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないか。</p> <p>(4) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとに利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。</p> <p>(5) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。</p> <p>(6) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。</p> <p>(7) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。</p> <p>(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。</p> <p>(9) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(10) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。</p> <p>(11) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25 退院時共同指導加算	<p>(1) 病院、診療所、又は介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院時共同指導を行った後、当該者の退院又は退所後、当該者に対する初回の訪問看護サービスを行った場合に、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者（下記に該当する状態にあるもの）については2回）に限り算定しているか。</p> <p>（2回の算定が可能な利用者）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態または気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態 <input type="checkbox"/> 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜透析指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理または在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 <input type="checkbox"/> 人工肛門または人工膀胱を設置している状態 <input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡の状態 <input type="checkbox"/> 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態 <p>(2) 退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26 緊急時訪問看護加算	<p>(1) 利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあるか。</p> <p>(2) 計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にあるか。（訪問看護サービスを行う場合に限る）</p> <p>(3) 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあるか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27 特別管理加算(Ⅰ)	<p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して事業所が、指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の実施に関する計画的な管理を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(2) 利用者は、医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 同加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 特別管理加算(Ⅱ)	<p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護に関し、特別な管理を必要とする利用者に対して、事業所が、指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の実施に関する計画的な管理を行った場合は、以下の状態にある者に対して加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 <input type="checkbox"/> 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 <input type="checkbox"/> 真皮を越える褥瘡の状態 <input type="checkbox"/> 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態 <p>(2) 当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定していないか。</p> <p>(3) 当該加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 ターミナルケア加算	<p>(1) 在宅または事業所で死亡した利用者に対して、(2)から(4)に適合している事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に定める状態にあるものに限る）に訪問看護を行っている場合にあっては、1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は事業所以外の場所で死亡した場合を含む）は、当該利用者の死亡月に算定しているか。</p> <p>(2) ターミナルケアを受ける利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備しているか。</p> <p>(3) 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っているか。</p> <p>(4) ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されているか。</p> <p>(5) 末期の悪性腫瘍以外の次のいずれかに該当する状態にある利用者か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーカー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態 <input type="checkbox"/> 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(6) ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を記録書に記録しているか。 <input type="checkbox"/> 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録 <input type="checkbox"/> 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録 <input type="checkbox"/> 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 看護体制強化加算（Ⅰ）	(1) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数（短期利用居宅介護費のみを算定した者を除く）の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 算定日が属する月の前12月間において、事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 看護体制強化加算（Ⅱ）を算定していないか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 当該事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (1)から(4)について、継続的に所定の基準を維持しているか。なお、その割合または人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合は、直ちに届出を提出しているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 看護体制強化加算（Ⅱ）	(1) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数（短期利用居宅介護費のみを算定した者を除く）の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 看護体制強化加算（Ⅰ）を算定していないか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (1)から(3)について、継続的に所定の基準を維持しているか。なお、その割合については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合は、直ちに届出を提出すること。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 訪問体制強化加算	(1) 事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための指定看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化しているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所が提供する訪問サービス（看護サービスを除く。）の提供に当たる常勤の従業者（保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。）を2名以上配置しているか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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一月当たり200回以上であるか。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(4) ただし、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都道府県知事の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に居住する者以外の者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、同一建物に居住する者以外の登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該加算を算定する場合にあつては、当該訪問サービスの内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 総合マネジメント体制強化加算	(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（保健師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、事業所が提供することのできる介護の具体的な内容に関する情報提供を行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 褥瘡マネジメント加算(I)	(1) 利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 褥瘡マネジメント加算(II)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 褥瘡マネジメント加算(II)	(1) 利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (1)の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生がないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 褥瘡マネジメント加算(I)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 排せつ支援加算(I)	(1) 利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 排せつ支援加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 排せつ支援加算(Ⅱ)	(1) 利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに支援計画を見直しているか。	<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しているか。 <input type="checkbox"/> (ハ) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。 <input type="checkbox"/> (ニ) (1)の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 排せつ支援加算(Ⅲ)	(1) 利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (1)の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 科学的介護推進体制加算	(1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知度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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(3) 必要に応じて看護小規模多機能居宅介護計画を見直すなど、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定看護小規模多機能型居宅介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 サービス提供体制強化加算 (I)	(1) 事業所の全ての従業員に対し、従業員ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業員の技術指導を目的とした会議を定期的開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は看護小規模多機能型居宅介護従業員の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の従業員の全てが参加しているか。 ※なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 会議の開催状況については、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 会議は概ね1月に1回以上開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 「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、その変化の動向も含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 当該事業所の従業員（保健師、看護師又は准看護師を除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 当該事業所の従業員（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 サービス提供体制強化加算 (II)	(1) 当該事業所の従業員（保健師、看護師又は准看護師を除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所の全ての従業員に対し、従業員ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業員の技術指導を目的とした会議を定期的開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「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看護小規模多機能型居宅介護従業員の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の従業員の全てが参加しているか。 ※なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 会議の開催状況については、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 会議は概ね1月に1回以上開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(7) 「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、その変化の動向も含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 事業所の従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 <input type="checkbox"/> (三) 事業所の従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所の全ての従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者に関する情報や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開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「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看護小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の従業者の全てが参加しているか。 <small>※なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 会議の開催状況については、その概要を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 会議は概ね1月に1回以上開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 「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、その変化の動向も含め、記載しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者のADLや意欲 <input type="checkbox"/> 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 前回のサービス提供時の状況 <input type="checkbox"/> その他サービス提供に当たっての必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の102に相当する単位数を算定しているか。 (1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。 (2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。 (3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。 (4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けているか。 <input type="checkbox"/> (六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 【キャリアパス要件Ⅰ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> b aについて全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 介護職員等ベースアップ等支援加算	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。 ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 複合サービス費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>