

令和 年度 指定小規模多機能型居宅介護自己点検表
(指定介護予防小規模多機能型居宅介護を含む)

記入年月日		年 月 日										
法人名称												
代表者職・氏名		職名					氏名					
事業所	介護保険事業所番号	2	5									
	名称											
	所在地	草津市										
	管理者氏名											
	定員	登録定員				通い定員				泊まり定員		
			人			人			人			
	利用者数(平均)				人			人		人		
事業開始年月日	年 月 日											
記入者(担当者)職・氏名		職名					氏名					
連絡先 電話番号		— —										

■自主点検表記載にあたっての留意事項

- チェック項目 ・該当するものにチェック(✓)をしてください。
 ・内容欄の項目について、該当のない場合については、
 「該当なし」をチェックしてください。
 ・記入すべき箇所については、できる限り具体的に記入してください。

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
第1 基本方針					
第1 基本方針	指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護の事業は、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定地域密着型介護予防サービスに該当する介護予防小規模多機能型居宅介護(以下「指定介護予防小規模多機能型居宅介護」という。)の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第2 人員に関する基準					
1 従業員の員数等	<p>夜間及び深夜の時間帯以外に介護従事者(看護職員及び介護職員)を常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が3又はその端数を超えることに1以上及び訪問サービスの提供に当たる介護従事者が1以上とし、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上及び宿直勤務に当たる者を当該宿直勤務に必要な数以上ととなっていますか。</p> <p>➢3人(利用者)：1人以上(従業者)+1人以上(訪問サービス担当)</p> <p>➢利用者の数は、前年度の平均値とすること。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数によること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>宿泊サービスの利用者がいない場合、夜間及び深夜の勤務並びに宿直勤務に当たる従業者を置かないことができるが、夜間及び深夜帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備していますか。</p> <p>【夜勤及び深夜の時間帯】午後 時 ～ 午前 時</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>介護従事者のうち、1以上の者は常勤となっていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>介護従事者のうち1以上の者は、看護師又は准看護師となっていますか。</p> <p>➢看護職員については、常勤・非常勤の別を問わない。</p> <p>➢サテライト型の事業所については、本体事業所の看護師又は准看護師により登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、看護師又は准看護師を置かないことができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>次に掲げる施設等以外の、他の施設等の職務と兼務していませんか。</p> <p><介護職員> 事業所に併設されている次の施設等の職務に従事することができる。 ・認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院</p> <p><看護師又は准看護師> 事業所の同一敷地内にある次に掲げる施設等の職務に従事することができる。 ・上記の施設等、居宅サービスの事業を行う事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、地域密着型通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
2 介護支援専門員	登録者に係る居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員を置いていますか。 ➢ただし、利用者の処遇に支障がない場合次に掲げる職務に従事することができる。 ①当該事業所の他の職務。 ②当該事業所に併設する施設等の職務。 ・認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	実践者研修と小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 管理者	事業者は、サービス事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。ただし、以下の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。 ①当該事業所の従業者としての職務に従事する場合。 ②以下の施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合。 →認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護医療院 ③定期巡回・随時対応型訪問介護事業所の職務に従事する場合。 ➢サテライト型事業所の管理者については、事業所の管理上支障がない場合は、本体事業所の管理者をもって充てることできる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	実践者研修と認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験がある者ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 代表者	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従事者若しくは訪問介護員等として認知症であるものの介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉医療サービスの経営に携わった経験を有する者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	認知症対応型サービス事業開設者研修を修了していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第3 設備に関する基準					
1 登録定員および利用定員	登録定員は29名以下となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	通いサービスの定員は、登録定員の1/2から15名までの範囲内となっていますか。登録定員が、26・27人の場合は、16人まで、28人の場合は、17人、29人の場合は、18人までとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	宿泊サービスの定員は、通いサービスの定員の1/3から9人までの範囲内となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 設備及び備品等	食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、台所、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要なその他の設備・備品等を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	居間及び食堂の面積は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	宿泊室・個室の定員は1人、延床面積は7.43㎡以上で(利用者の処遇上必要と認められる場合は2人でも可)となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
	個室以外の宿泊室の合計面積が1人あたり概ね7.43㎡以上でプライバシーが確保された構造となっていますか。(プライバシーを確保された居間の面積も含めてよい。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	消火器の設置について、利用者が直接触れることができない措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第4 運営に関する基準					
1 内容・手続の説明と同意	(1) あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、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懇切丁寧に説明を行っていますか。 ➢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 ①運営規程の概要 ②従業者の勤務の体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制 ⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 当該事業所からサービスの提供を受けることについて、利用申込者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んでいませんか。 ➢正当な理由 ①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③その他利用申込者に対し自ら適切な指定小規模多機能型居宅介護を提供することが困難な場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 サービス提供困難時の対応	実施地域等の関係で適切な提供が困難な場合、居宅介護支援事業者への連絡や他の事業所等の紹介等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 受給資格等の確認	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無、有効期間を確認していますか。(確認の具体的な方法：) また、被保険者証に認定審査会意見の記載がある場合は、それに配慮してサービス提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 要介護認定の申請に係る援助	利用申込者が要介護認定等を受けていない場合に、要介護認定申請のために必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	有効期間が終了する30日前には、要介護認定の更新申請が行われるように必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 心身の状況等の把握	サービスの提供に当たって、サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、その置かれている環境、その他保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 居宅サービス事業者等との連携	サービスの提供に当たっては、居宅サービス事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービスの提供に当たっては、利用者の健康管理を適切に行うため、主治の医師との密接な連携を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携を行い情報提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 身分を証する書類の携行	訪問サービスの従業者は、身分を証する書類を携行し、面接時、初回訪問時と利用者・その家族から求められた際は、提示するように指導していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内 容	できている	できていない	該当なし	備考
9 サービスの提供の記録	サービスを提供した際に、提供日、提供した具体的なサービスの内容、保険給付の額等その他必要な事項を居宅サービス計画記載の書面等に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者からの申出があった場合に、文書の交付等の方法によりその情報を利用者に対して提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 利用料等の受領	利用者負担として、地域密着型サービス費用基準額または地域密着型介護予防サービス費用基準額から利用者負担額に応じた支払いを受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用料に法定代理受領サービスに該当する場合とそれ以外との間で不合理な差額を生じさせていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用料のほかには、次の費用の額以外の支払いを受けていませんか。 ① 利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎費用 ② 通常の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを実施する場合の交通費 ③ 食費の提供に要する費用 ④ 宿泊に要する費用 ⑤ オムツ代 ⑥ サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認めらるる費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されていない曖昧な名目による費用徴収は行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	費用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おこない、利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 領収証の交付	利用料等の支払いを受ける際は、利用者に対し領収書を交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	領収書には、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払を受けた場合、内容、費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 指定小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自らの提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部のものによる評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自己評価は、各事業所が、自らのサービスを評価・点検することによりサービスの改善及び質の向上を目的として実施し、開設から概ね6か月を経過した後に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	運営推進会議において、自己評価の結果を報告した上で、公表していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自己評価結果・外部評価の公表については、利用者並びに利用者の家族への提供するほか、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所に掲示する方法等工夫していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし	備考
	<p>(1)サービスは、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行っていますか。 (予防も同様)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2)サービスは、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ますか。 (予防も同様)</p> <p>➤利用者が日常生活を送る上で自らの役割を持つことにより、達成感や満足感を得、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって自らの日常生活の場であると実感できるよう必要な援助を行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3)サービスの提供に当たっては、小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。</p> <p>(予防)サービスの提供に当たっては、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(4)従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。 (予防も同様)</p> <p>➤「サービスの提供方法等」とは 小規模多機能型居宅介護計画の目標及び内容や利用日の行事及び日課等も含むもの。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(5)サービス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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行っていませんか。</p> <p>→事例:(有 ・ 無)</p> <p>※利用者の身体拘束が認められるのは、『切迫性』『非代替性』『一時性』の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが、極めて慎重に実施されているケースに限られます。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(6)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ますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>◇◆身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていますか。</p>				

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
16 法定代理受領サービスに係る報告	滋賀県国民健康保険団体連合会に対して、居宅サービス計画に位置づけられている法定代理受領サービスに関する情報を文書(給付管理票)で提出していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 居宅サービス計画等の書類の交付	登録者が他の小規模多機能型居宅介護事業者を希望する場合等に、登録者に直近の居宅サービス計画・実施状況の書類を交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 小規模多機能型居宅介護計画の作成	(1)事業所の管理者は、介護支援専門員に、小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を担当させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)介護支援専門員は、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ますか。 (予防も同様)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)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小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行っていますか。 (予防も同様)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ていますか。 (予防も同様)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5)介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付していますか。 (予防も同様)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常にその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、必要に応じて当該計画の変更を行っていますか。 (予防も同様) ➤(6)に規定する計画の変更は、(2)から(5)までの規定に準じて行っていますか。	<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ますか。	<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従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 社会生活上の便宜の提供等	利用者が以下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ますか。 ➤ 正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき ➤ 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"/>	
21 利用者に関する市町村への通知	利用者について、次のいずれかに該当する状況が生じた場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	① 正等な理由なしに利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
	② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 緊急時等の対応	サービス提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23 管理者の責務	管理者は、事業所の従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	管理者は、従業員に規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 運営規程	運営規程には次の重要事項が定められていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	① 事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	② 従業員の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③ 営業日及び営業時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④ 利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の内容、利用料及びその他費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑦ サービス利用にあたっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 緊急時における対応方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑩ 虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑪ その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 勤務体制の確保	(1)事業者は、利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務の体制を定めていますか。 ➤事業所ごとに、月ごとの勤務表を作成し、以下の①～④について明確にすること。 ①従業員の日々の勤務時間 ②常勤・非常勤の別 ③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 ④管理者との兼務関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)当該事業所の従業員等によってサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)事業者は、従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。 ➤全ての従業員(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
	(4) 事業者は、適切なサービス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従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26 業務継続計画の策定等	(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 従業員に対し、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実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27 定員の遵守	(1) 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。 ➢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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) (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、地域の実情により当該地域における(介護予防)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が認めた場合は、事業者は、市が認めた日から鹿児島市介護保険事業計画(法第117条第1項に規定するの市町村介護保険事業計画をいう。)の終期まで(市が次期の鹿児島市介護保険事業計画を作成するに当たって、新規に代替サービスを整備するよりも既存の事業所を活用することがより効率的であると認めた場合)に限り、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サービスの提供を行うことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28 非常災害対策	非常災害に関する具体的な計画を立てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	非常災害時の関係機関への通報・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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29 衛生管理等	(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。 ① 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(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。 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指針を整備すること。 ③ 当該事業所において、従業員に対し、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すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
30 協力医療機関等	あらかじめ協力医療機関を定めていますか。またあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。少なくとも1の協力医療機関について、本市の区域内に所在するものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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、病院等のバックアップ施設との間の連携及び支援の体制を整えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31 掲示	事業所内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	原則として、重要事項をウェブサイトに掲載していますか。 ▶ウェブサイトとは、法人のホームページまたは介護サービス情報公表システムのことをいう。				
32 秘密保持等	従業員に対して、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	従業員が退職後においても、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービス担当者会議等において、利用者に関する個人情報を用いる場合は利用者の同意、利用者の家族に関する個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者の記録は、鍵のかかる書庫(ガラス戸ではないもの)に保管する等、プライバシーの保護に配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 広告	広告の内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしていますか。	<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	居宅介護支援事業者又はその従業員に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	相談窓口(当該事業所、市町村、国民健康保険団体連合会)、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を重要事項説明書に記載するとともに事業所内に掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	苦情を受けた場合は、組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、苦情の内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記の記録について、そのサービスを提供した日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
35 苦情処理	市町村から求めがあった場合には、上記について改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、上記について改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに適切な処置を講じるとともに、利用者の家族、市町村に連絡を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36 事故発生時の対応	事故の状況、事故に際して採った処置について記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記の記録について、そのサービスを提供した日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行える体制(損害賠償保険に加入等)をとっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止策を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事故対応マニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37 会計の区分	小規模多機能型居宅介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(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。)を定期的に開催しているか。(令和9年3月31日までの間は、努力義務)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、(介護予防)小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下この項目において「運営推進会議」という。)を設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	運営推進会議について、おおむね2月に1回以上開催していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	運営推進会議において、事業所の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記について、報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記の記録について、その記録を行った日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし	備考
39 地域との連携	複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合、次に掲げる条件を満たしていますか。 ・利用者利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 ・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	地域住民またはその自発的な活動等との連携と協力を行う等地域との交流を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 調査への協力等	提供したサービスに関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切なサービスが行われているかどうかを確認するために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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41 居住機能を担う併設等への入居	可能な限り、利用者がその居宅において生活を継続できるよう支援することを前提としつつ、利用者が次に掲げる施設等その他の施設へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設へ入所等が行えるよう、必要な措置を講ずるよう努めていますか。 ➢ 居住機能を担う併設施設 ・認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設又は介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42 虐待の防止	事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。 ①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。 ②事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。 ③事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ④①から③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43 記録の整備	従業員、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者に対するサービス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年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	① 居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	② 小規模多機能型居宅介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③ 提供した具体的なサービスの内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 市町村の通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし	備考
	⑥ 苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44 電磁的記録等	<p>1 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者及び指定地域密着型(介護予防)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うち、条例の規定において書面(被保険者証に関するものを除く。)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により行うことができる。</p> <p>2 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者及び指定地域密着型(介護予防)サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、条例の規定において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、電磁的方法によることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45 変更の届出	指定申請事項等に変更があった場合、速やかに変更届出を草津市長に提出していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	