

【記載に当たっての留意事項】

・項目中【サテライト】はサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所に係る項目です。特段の記載が無い場合、全事業に共通の項目です。

| I 基本方針 | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 項目 | 内容 | 適 | 不適 | 無 |
| 1 基本方針 | 利用者が要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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なるものとなっていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II 人員に関する基準 | | | | |
| 項目 | 内容 | 適 | 不適 | 無 |
| 1 従業者の配置の基準 | 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（以下サービスの提供とする）に当たる看護小規模多機能型居宅介護従業者（以下従業者とする）として次に掲げるものを配置していますか。 | | | |
| (看護小規模多機能型居宅介護従業者) | ア 通いサービスの提供に当たる者 常勤換算方法で、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | イ 訪問サービスの提供に当たる者 常勤換算方法で、2以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 夜間及び深夜の時間帯を通じてサービスの提供に当たる従業者として夜間及び深夜の勤務（夜間及び深夜の時間帯に行われる勤務（宿直勤務を除く。）をいう。）に当たる者及び宿直勤務に当たる者を次のとおり配置していますか。 【夜間及び深夜の時間帯】 午後 時 ～ 午前 時 | | | |
| | ア 夜間及び深夜の勤務に当たる者 1以上 イ 宿直勤務に当たる者 当該宿直勤務に必要な数以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※宿泊サービスの利用者が居ない場合であって、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、置かないことができます。 | | | |
| | 従業者の配置に係る利用者の数は、前年度の平均値により算定を行っていますか。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 従業者のうち、1以上の者は常勤の保健師又は看護師ですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 従業者のうち、常勤換算で2.5以上の者は、保健師、看護師又は准看護師（看護職員）ですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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、看護職員ですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 従業者が兼務を行う場合は、次の基準を満たしていますか。 事業所に次の各号のいずれかに該当する施設等が併設されている場合において、前記に規定する人員に関する基準を満たす従業者を置くほか、当該各号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、当該従業者は、当該各号に掲げる施設等の職務に従事することができる。 (1) 指定認知症対応型共同生活介護事業所 (2) 指定地域密着型特定施設 (3) 指定地域密着型介護老人福祉施設 (4) 指定介護療養型医療施設（有床診療所に限る。） (5) 介護医療院 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【サテライト】 | サテライト型事業所において従業者の配置の基準の緩和を受ける場合は、次の基準を満たしていますか。 | | | |
| | サテライト型事業所に置くべき訪問サービスの提供に当たる従業者については、本体事業所の職員により当該サテライト型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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | サテライト型事業所については、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従業者により当該サテライト型事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて宿直勤務を行う従業者を置かないことができる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | サテライト型事業所については、看護職員の員数は、常勤換算方法で1以上とする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (介護支援専門員) | 登録者に係る居宅サービス計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員を配置していますか。 兼務の場合、当該事業所の従業者または同一敷地内・隣接の指定認知症対応型共同生活介護事業所・指定地域密着型特定施設・指定地域密着型介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設（有床診療所に限る。）・介護医療院の職務に従事していますか。 （兼務職種：） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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"/> |
| 【サテライト】 | サテライト型指定事業所については、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る者（研修修了者）を置くことができる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 管理者 | 事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を配置していますか。 兼務の場合、当該事業所の従業者または同一敷地内・併設の指定認知症対応型共同生活介護事業所・指定地域密着型特定施設・指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（有床診療所に限る。）、介護医療院となっていますか。 （兼務職種：） | <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る者、又は保健師若しくは看護師ですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験がある者ですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【サテライト】 | サテライト型事業所については、次の基準を満たしていますか。 ※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ことができる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 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者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者ですか。 | <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受講していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ⅲ 設備に関する基準

| 項目 | 内容 | 適 | 不適 | 無 |
|--------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 登録定員及び利用定員 | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所は、その登録定員（登録者の数の上限をいう）を29人（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）以下としていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所は、次に掲げる範囲内において、通いサービス及び宿泊サービスの利用定員（当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービスごとの1日当たりの利用者の数の上限をいう。）を定めていますか。 | | | |
| | (1) 通いサービス 登録定員の2分の1から15人（登録定員が25人を超える指定看護小規模多機能型居宅介護事業所にあつては登録定員に応じて、次に定める利用定員、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12人）まで 登録定員：利用定員 ・26人又は27人：16人 ・28人：17人 ・29人：18人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 宿泊サービス 通いサービスの利用定員の3分の1から9人（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、6人）まで | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 設備及び備品 | 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（1人当たり3㎡以上）を確保していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 設備及び備品 | 宿泊室・個室の定員は1人、延床面積は7.43㎡以上で（利用者の処遇上必要と認められる場合は2人でも可）になっていますか。 | | | |
| | ※事業所が病院又は診療所である場合にあって定員が1人である宿泊室の床面積については6.4㎡以上とすることができます。 ※事業所が診療所である場合であって、利用者へのサービスの提供に支障が無い場合には、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ます。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 個室以外の宿泊室の合計面積が1人あたり概ね7.43㎡以上でプライバシーが確保された構造となっていますか。（プライバシーを確保された居間の面積も含めてよい。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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"/> |

IV 運営に関する基準

| 項目 | 内容 | 適 | 不適 | 無 |
|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 内容及び手続の説明及び同意 | サービスの提供開始前に、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 重要事項説明には次の内容が記載されており、その内容はわかりやすいものとなっていますか。 | | | |
| | ① 事業者（法人）の情報 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ② 事業所の情報 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③ 事業の目的と運営方針 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④ 事業実施地域、営業時間、定員等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑤ 従業員の職種、員数及び職務内容 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑥ サービスの概要 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑦ 利用料、その他の費用の額及び支払い方法について | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑧ 非常災害対策 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑨ 緊急時の対応 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑩ 協力医療機関等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑪ 損害賠償の方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑫ 秘密の保持と個人情報の保護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑬ 看護小規模多機能型居宅介護（予防含む）計画 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑭ 身体拘束等について | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑮ 苦情処理の体制 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑯ 提供するサービスの第三者評価の実施状況 （実施の有無、直近の実施年月日、評価機関の名称、結果の開示状況） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑰ 運営推進会議の概要 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑱ その他サービスの選択に資すると認められる重要事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 提供拒否の禁止 | 事業者は、正当な理由なく看護小規模多機能型居宅介護の提供を拒んでいませんか。 | <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 | 利用申込者の被保険者証で被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認するとともに介護保険負担割合証で負担割合を確認していますか。 （具体的な方法： ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供を行うに際し、その意見を考慮していますか。 | <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者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"/> |
| 9 サービス提供記録の整備 | 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"/> |
| | 利用者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、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"/> |
| 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ませんか。 | <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費用 ② 利用者の選択により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 食事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れる費用 | <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 看護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"/> |
| | 自らの提供するサービス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、結果を運営推進会議において報告した上で、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"/> |
| 14 看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針 | 地域住民との交流や地域活動の参加を図りつつ、利用者の病状、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ていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスの提供を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について説明を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 身体拘束等 | 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は、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にのみ限っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合には、その態様及び時間、その利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16 利用者数及び日数 | 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（1/3以下）となっていないですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者が通いサービスを利用していない日においても、訪問サービス・電話連絡等による見守り等適切なサービスを提供していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 通いサービスと訪問サービスをあわせて概ね週4日以上提供していますか。 ※訪問サービスは、身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等行っている場合も回数に含めて差し支えありません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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、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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、サービスの提供を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 特殊な看護等を行っていませんか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 主治の医師との関係 | 事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な看護サービスが提供されるよう、必要な管理を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けていますか。 ※事業所が病院又は診療所である場合にあつては、主治の医師の文書による指示は、診療記録への記載をもって代えることができます。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 主治の医師に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図っていますか。 ※事業所が病院又は診療所である場合にあつては、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ます。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 居宅サービス計画の作成 | 介護支援専門員に登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 登録者の居宅サービス計画作成に際しては、指定居宅介護支援等基準条例第13条各号に掲げる具体的取扱方針に沿って行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 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"/> |
| 20 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付 | 登録者が他の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、当該登録者に対して、居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 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 | 事業所の管理者は、介護支援専門員（介護支援専門員を配置していないサテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、研修修了者）に看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、看護師等（准看護師を除く。）に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 看護師等（准看護師を除く。）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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22 介護等 | 利用者の心身の状況に応じて、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることができるよう、必要な介護サービスの提供又は必要な支援を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護サービスの提供に際しては、利用者の人格に十分配慮していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 小規模多機能型居宅介護サービスを、利用者の負担により、利用者の居宅又は当該サービスの拠点における看護小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者と従業者が食事、清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を可能な限り共同で行うことによって良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるようにすることに配慮していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 社会生活上の便宜の提供等 | 画一的なサービスを提供するのではなく、利用者の外出の機会の確保その他の利用者の意向を踏まえた社会生活の継続のための支援に努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 日常生活上必要な行政手続等について利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、同意を得て代わって行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するように努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 利用者に関する市町村への通知 | 事業者は、サービスを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。 (1) 正当な理由なしに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。 (2) 偽りその他不正の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"/> |
| 25 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"/> |
| | 看護職員は必要に応じて臨時応急の手当てを行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 管理者の責務 | 管理者は、当該事業所の従業者の管理及び当該事業の利用の申込に係る調整、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。又、従業者に運営に関する基準の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"/> |
| 27 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。 | | | |
| | 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 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑤ 指定看護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 緊急時等における対応方法 | <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 身体拘束等の禁止 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑪ 衛生管理、苦情処理、個人情報保護 秘密の保持 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑫ 運営推進会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑬ その他運営に関する留意事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 勤務体制の確保 | 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表（予定と実績）を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員の配置、管理者との兼務関係を明確にしていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 全ての従業者（非常勤従業者も含む）に、雇用契約書等による勤務条件の明示を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 事業所の従業者以外の者によって、サービス提供を行っていませんか。（委託の禁止） ※調理、洗濯、清掃等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者へ委託等を行うことができます。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。 >全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、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"/> |
| 29 業務継続計画の策定等 | 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"/> |
| | 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて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"/> |
| 29 定員の遵守 | 災害等はやむを得ない事情がある場合を除き、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービス提供を行っていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 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者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。 | <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"/> |
| | 防火管理者を選任していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 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"/> |
| 32 衛生管理等 | 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"/> |
| | 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、従業者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すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 過去3年間のレジオネラ属菌検査実施日 () () () | | | |
| 34 秘密保持等 | 従業者に対して、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"/> |
| | 従業者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 掲示 | 事業所内の見やすい場所に、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ますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 広告 | 内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 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者に対し、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への対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37 苦情処理 | 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"/> |
| | 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"/> |
| 38 調査への協力等 | 妥当適切なサービスの提供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し、市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"/> |
| 39 地域等との連携 | 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、看護小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（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"/> |
| | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ・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、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 居住機能を担う併設施設等への入居 | 利用者が、併設する指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（有床診療所に限る。）、介護医療院へ入所を希望した場合は、円滑にそれらの施設への入所等が行えるよう必要な措置を講じていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 事故発生時の対応 | 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"/> |
| | 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"/> |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 42 会計の区分 | 事業者は、看護小規模多機能型居宅介護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"/> |
| 43 記録の整備 | 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 | <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年間保存しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス計画 ・ 看護小規模多機能型居宅介護計画 ・ 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 ・ 主治の医師による指示の文書 ・ 看護小規模多機能型居宅介護報告書 ・ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・ 市への通知に係る記録 ・ 苦情の内容等の記録 ・ 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 ・ 報告、評価、要望、助言等の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 高齢者虐待防止等 | 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。 <ol style="list-style-type: none"> 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、従業者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、従業者に対し、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"/> |
| 45 電磁的記録等 | 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。 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46 変更の届出 | 指定申請事項等に変更があった場合、速やかに変更届を草津市長に提出していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47 集団指導の伝達 | 草津市が実施した直近の集団指導の内容について、事業所職員に周知していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |