

項目	内容	できている	できていない	該当なし
第1 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する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	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ごとに1以上及び訪問サービスの提供に当たる介護従事者が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なっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 従業員の員数等	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【夜勤及び深夜の時間帯】午後 時 ~ 午前 時			
	介護従事者のうち、1以上の者は常勤となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兼務の場合、当該事業所の従業者または同一敷地内・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。)の職務に従事していますか。 (兼務職種:)				
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受講していますか。	<input type="checkbox"/>			
3 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	兼務の場合、当該事業所の従業者または同一敷地内・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、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者又は従業者となっていますか。 (兼務職種:)			
	実践者研修と認知症対応型サービス事業管理者研修を受講していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の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受講していますか。	<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
第3 設備に関する基準	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"/>
1 登録定員	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)になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個室以外の宿泊室の合計面積が1人あたり概ね7.43㎡以上でプライバシーが確保された構造となっていますか。(プライバシーを確保された居間の面積も含めてよい。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	あらかじめ利用申込者又は家族に対して、運営規程の概要等サービス選択に係る重要事項を文書(重要事項説明書)で説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 内容・手続の説明と同意	サービスの内容及び料金等について利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重要事項説明書には利用者及びその家族に署名・捺印を受けていますか。	<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"/>	

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	① 損害賠償の方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 秘密の保持と個人情報の保護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 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"/>
	④ 身体拘束等について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 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"/>
	⑦ 運営推進会議の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ 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	正当な理由なくサービス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	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無、有効期間を確認していますか。被保険者証に認定審査会意見の記載がある場合は、それに配慮してサービス提供を行っていますか。	<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"/>
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"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、その利用者負担に相当と認めらるる費用			
	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へ交付していますか。	<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
14 指定小規模多機能型居宅介護の具体的な取扱い方針	地域住民との交流や地域活動の参加を図りつつ、利用者の心身状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスの提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について説明を行っていますか。	<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、その様態及び時間、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者数に比べて著しく少ない状態(1/3以下)となっていないか。	<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週4日以上提供していますか。訪問サービスは、身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行っている場合も回数に含めて差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通いサービス及び訪問サービスを提供しない日であっても、電話による見守りを含め、利用者には何らかの形で関わっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 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第13条各号に掲げる具体的な取扱い方針に沿って行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 法定代理受領サービスに係る報告	大阪府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"/>
19 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"/>
20 小規模多機能型居宅介護計画の作成	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"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動(地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等)が確保されるものとなるように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせて提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容を利用者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画の作成後においても、常に計画の実施状況及び、利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別サービス計画の提出を居宅介護支援事業所から求められた場合は協力するように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 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、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"/>
22 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"/>
23 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。			
	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。			

項目	内容	できている	できていない	該当なし
24 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"/>
25 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"/>
26 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 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 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、個人情報の保護 秘密の保持 会計区分	<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"/>	
27 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、従業員の日々の勤務時間、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"/>
	全ての従業員(非常勤従業員も含む)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"/>
	小規模多機能型居宅介護事業所の従業員以外の者によって、サービス提供を行っていませんか。(委託の禁止) ※ ただし、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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業員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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	研修内容を研修に参加した従業員以外に還元できる体制(記録含む)が整備されていますか。	<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
28 定員の遵守	災害等のやむ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"/>
29 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"/>
	防火管理者を選任していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 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"/>
	感染症対策マニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	感染症対策マニュアルの内容を従業員に周知徹底していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じるよう努めていますか。また、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症の予防・まん延の防止のための研修を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消毒、換水、清掃の記録を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者用及び従業員用のいずれについても、共用のタオルや共用の固形石鹸を使用しないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	空調設備等により、施設内の適温の確保に努めていますか。	<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 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"/>
33 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"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	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"/>
34 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"/>
35 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"/>
36 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"/>
37 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"/>
38 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"/>

項目	内容	できている	できていない	該当なし
39 地域との連携	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、(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"/>
	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。			
	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 居住機能を担う併設等への入居	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 記録	従業者、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"/>
	次に掲げる記録を整備し、東大阪市条例の定める日から5年間保存していますか。			
	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
	④ 身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむ得ない理由の記録	<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"/>
	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"/>
4.2 高齢者虐待防止等	利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記に掲げるとおり必要な措置を講じていますか。			
	① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ その他虐待防止のための必要な措置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 虐待防止に関する責任者の選定及び措置			
	・ 成年後見制度の利用支援			
	・ 介護相談員の受入			
	サービス提供中に、当該事業所従業者及び養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 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東大阪市長に提出していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 集団指導の伝達	東大阪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"/>
第5 1 介護予防	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したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針	サービスの提供にあたっては、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないように、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"/>
	サービスの提供にあたっては、利用者の意欲が高まるようなコミュニケーションのとり方をはじめ、様々な工夫をし、適切な働きかけを行うように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めていますか。	<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
3 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的な取扱い方針	主治医・歯科医師からの情報伝達により、心身の状況、環境等利用者の日常生活全般の状況を的確に把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護支援専門員は、利用者の日常生活全般の状況と希望をふまえ、介護予防サービスの計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	他の介護従事者と協議の上、目標、具体的なサービスの内容、サービスの提供時間等を記載した計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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・宿泊サービスを組み合わせた介護を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画の作成にあたっては、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、地域活動への参加の機会の提供等、利用者の多様な活動の確保に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供の開始時から終了するまで、少なくとも1回は計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、利用者の様態の変化等把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて計画の変更をおこなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第6 介護給付費の算定の取扱い	算定されている単位数のうち金額に換算する際に生じる1円未満(小数点以下)の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 基本事項	指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録していたものについて、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の単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録者が月途中で利用を開始又は終了した場合にあたっては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については上記の日数の算定より控除していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同一建物に居住する者以外と同一建物に居住する者に対して行うで場合でそれぞれ所定の単位数を算定していますか。 ※「同一建物」とは、当該小規模多機能型居宅介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)を指します。また、当該建築物の管理、運営法人が当該小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護事業者と異なる場合であっても該当します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 短期利用居宅介護費について	指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の数が、事業所の登録定員未満ですか。	<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
	利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用の開始に当たって、あらかじめ七日以内(利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は十四日以内)の利用期間を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供が過少である場合の減算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	人員に関する基準に定める従業者の員数を置いていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供が過少である場合の減算	指定小規模多機能型居宅介護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は、登録者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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	「利用者の一人当たりの平均回数」は、暦月ごとに以下のイからハまでの算定方法に従って算定したサービス提供回数の合計数を、当該月の日数に当該事業所の登録者数を乗じたもので除したものに、7を乗ずることによって算定していますか。(なお、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定を併せて受け、かつ、指定小規模多機能型居宅介護の事業と指定介護予防小規模多機能型居宅介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あっては、当該事業所における指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算して可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通いサービスは、1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合にあっては複数回を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問サービスは、1回の訪問を1回のサービス提供として算定していますか。(指定小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声かけを行った場合も訪問サービスの回数に含めて可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊サービスについては、1泊を1回として算定していますか。(通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合はそれぞれ1回として可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録者が月途中で利用を開始又は終了した場合にあっては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については上記の日数の算定より控除していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録者が入院した場合の入院日(入院初日及び退院日を除く。)についても同様の取扱としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 初期加算	指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間及び30日を超える病院又は診療所への入院後に指定小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合については、1日につき所定の単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 認知症加算	別に厚生労働大臣が定める登録者に対して所定小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定していますか。			

項目	内容	できている	できていない	該当なし
	認知症加算(Ⅰ)・・・日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者(認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当するもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症加算(Ⅱ)・・・要介護2に該当し、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、周囲の者による注意を必要とする認知症の利用者(認知症日常生活自立度Ⅱに該当するもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条第6号に規定する要介護者となった者をいう。以下同じ。)に対して、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	65歳の誕生日の前々日までの算定としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症加算を算定している場合は、算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 看護職員配置加算	看護職員配置加算(Ⅰ)・・・常勤かつ専従の看護師を1名以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員配置加算(Ⅱ)・・・常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員配置加算(Ⅲ)・・・看護職員を常勤相談方法で1名以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員配置加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定している場合、他の看護職員配置加算(Ⅰ)から(Ⅲ)を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 看取り連携体制加算	死亡日及び死亡日以前30日以下について、1日につき所定単位数を、死亡月にまとめて算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員配置加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次に掲げるいずれの基準にも適合する利用者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者。			
	・看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等入所者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む)。			
	管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取り期における対応方針」が定められていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看取り期における対応方針について、例えば、次に掲げる事項を含んでいますか。				

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	①当該事業所における看取り期における対応方針に関する考え方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時に対応を含む。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③登録者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④登録者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤その他職員の具体的対応等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制について、適宜見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次に掲げる事項を介護記録等に記録していますか。			
	①利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて登録者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	多職種連携のための情報共有を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、登録者側にとっては、小規模多機能型居宅介護の登録を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、登録者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入院の後も、継続して登録者の家族や入院先の医療機関等との継続的な関わりを持っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、入院の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊室等において看取りを行う際には、プライバシーの確保及び家族への配慮について十分留意していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 訪問体制強化加算	指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスに当たる常勤の従業者を2名以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	算定日が属する月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が一月当たり200回以上ですか。	<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
	事業所と同一の建物に集合住宅(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅であって登録を受けたものに限る)を併設する場合は、各月の前月の末時点における登録者の総数のうち、同一建物居住者以外の者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、同一建物居住者以外の者に対する延べ訪問回数が一月当たり200回以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 総合マネジメント体制強化加算	利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していますか。 (地域の行事や活動の例) ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応 ・登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組(行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等) ・登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組(登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 栄養スクリーニング加算	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っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態について確認した以下に掲げる情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・BMIが18.5未満である者			
	・1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発06090011厚生労働省老健局長通知)規定する基本チェックリストのN0.11の項目が「1」に該当する者。			
	・血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者。			
	・食事摂取量が不良(75%以下)である者。			
	当該事業所以外で栄養スクリーニング加算を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(I)			
	訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、利用者のADL及びIADLに関する状況について把握した上で介護支援専門員に助言を行い、それに基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画(以下、本加算にかかる項目において「計画」という。)を作成(変更)していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画には、理学療法士等の助言の内容及び生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げる内容を記載していますか。			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	a.利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b.生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のb及びcの達成目標については、利用者の意向及び介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画に基づき介護を提供した初回の月に限り算定していますか。また、理学療法士等の助言に基づき、計画を見直して再び算定する場合は、本加算による介護を提供した翌月又は翌々月に算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成から3月経過後、目標の達成度合いについて、利用者及び理学療法士等に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)			
	訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する又は各自が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、共同して生活機能アセスメントを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活機能アセスメントに基づき、計画を作成(変更)していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画には、理学療法士等の助言の内容及び生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げる内容を記載していますか。			
	a.利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b.生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のb及びcの達成目標については、利用者の意向及び介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定していますか。また、3月を超えて算定する場合は、再度、生活機能アセスメントに基づき計画を見直していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いについて、利用者及び理学療法士等に報告していますか。	<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
13 サービス提供体制強化加算	【共通要件】			
	事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所におけるサービス従業者の資質の向上のための研修内容の全体像と研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に対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事業所における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を概ね1月に1回以上開催していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	会議は、事業所においてサービス提供に当たる小規模多機能型居宅介護従業者全てが参加していますか。実施にあ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で、差し支えありません。また、会議の状況については、その概要を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項として、少なくとも月に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載していますか。			
	・利用者のADLや意欲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・家族を含む環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・前回のサービス提供時の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・その他サービス提供に当たって必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所介護費等算定方法第7号に規定する基準のいずれにも該当しませんか。(定員超過及び人員欠如)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ・Ⅱ)～(Ⅲ)のいずれかを算定している場合、他のサービス提供体制強化加算(Ⅰ・Ⅱ)～(Ⅲ)を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)Ⅱ			
	事業所の介護従事者(看護師又は准看護師は除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分50以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度(4月1日から翌2月末までの11月分(3月を除く。))の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあつては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<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
	介護福祉士の占める割合の算出にあたっては、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の過程を修了しているものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制加算(Ⅰ)口			
	事業所の介護従事者(看護師又は准看護師は除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分40以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度(4月1日から翌2月末までの11月分(3月を除く。))の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあつては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護福祉士の占める割合の算出にあたっては、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の過程を修了しているものとしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			
	事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分60以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度(4月1日から翌2月末までの11月分(3月を除く。))の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあつては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			
	①事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分30以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	職員の割合の算出は常勤換算方法により算出した前年度(4月1日から翌2月末までの11月分(3月を除く。))の平均を用いていますか。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のただし書きの場合にあつては、届出を行なった月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合について毎月記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 介護職員 処遇改善加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成27年4月から届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成27年4月から届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれにも適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			

項 目	内 容	できている	できていない	該当なし
	a 介護職員の任用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。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成20年10月から届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)			
	次に掲げる(1)と(2)のいずれかに適合していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合していますか。			
	①次に掲げる要件の全てに適合していますか。			
	a 介護職員の任用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。)を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる要件の全てに適合すること。			
	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b aについて、全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 平成20年10月から届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)			
	【共通要件】			
	(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該事業所において、(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、届け出ていますか。	<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ますか(する予定である)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を東大阪市長に報告していますか(する予定ですか)。	<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
	(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、雇用保険法(昭和49年法律第116号)その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所において、労働保険料(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)第十条第二項に規定する労働保険料をいう。)の納付を適正に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 別途通知(「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」)に基づいて、処理を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 サービス種類の相互算定関係	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、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、小規模多機能型居宅介護費は、算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録者が1の指定小規模多機能型居宅介護事業所において、指定小規模多機能型居宅介護を受けている間は、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所以外の指定小規模多機能型居宅介護事業所が指定小規模多機能型居宅介護を行った場合に、小規模多機能型居宅介護費を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>