**令和５年度　運営状況点検書**

**(小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)**

|  |  |
| --- | --- |
| 点検日  　令和　　年　　　月　　日 | 点検者（職・氏名）※原則として管理者が行って下さい |

**○事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | 介護保険事業所番号 | | | *１* | *４* | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | (〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | | －　　　－ | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | －　　　－ | | | | | | |
| 登録定員 | | 人 | | | 通いの定員 | | | | | 人 | | | | 宿泊の定員 | | | 人 | |
| 開設年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ⅰ　人員について

１　管理者について

管理者の名前を記載してください。当該事業所内で他の職種を兼務している場合には、その職種名（例：計画作成担当者）を記載してください。

　また、同一敷地内の他の事業所（他のサ－ビス）で兼務している場合には、事業所名、職種名及び１週間あたりの勤務時間数を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する職種 | | |  | | | | |
| 同一敷地内で兼務  する他の事業所名 | |  | | 職種 |  | 時間数  (１週) |  |

※　以前に届出ている管理者と変更されている場合は、この報告とは別に「変更届出書」が必要となります。

２　令和５年９月の勤務実績に基づき、「勤務形態一覧表」を作成してください。

　①　指定基準上必要な職種を全部記載してください。

　②　資格が必要な職種については、所有している資格を記載してください。

　③　従業員ごとに勤務時間数を記載してください。

　④　専従、兼務、常勤、非常勤の別を正確に記載してください。

　⑤　月間勤務時間数、週勤務時間数を計算してください。

　⑥　介護職員全員分の週勤務時間数を合計してください。

　⑦　⑥を常勤換算してください。（合計した週勤務時間数を貴事業所の常勤の勤務時間数で割る）

３　「計画作成担当者の１年間の配置状況」を作成し、令和４年１０月～令和５年９月までの計画作成担当者の配置状況を報告してください。

４　基準に従った人員配置がされているかどうかについて、「はい」又は「いいえ」を○で囲んでください。

（１）代表者について（保健師若しくは看護師の場合は、（１）－２からお答えください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 認知症である者の介護に従事した経験を有する者及び研修の修了者 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設等の職員又は訪問介護員等として、認知症である者介護に従事した経験を有していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 痴呆介護実務者研修（基礎課程又は専門課程）（H16年度まで実施）又は認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修、認知症介護指導者研修、認知症高齢者グループホーム開設予定者研修のいずれかを修了していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | （②で「いいえ」と回答した場合）  認知症対応型サービス事業者開設者研修を修了していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に保険者に連絡のうえ、代表者は研修を修了してください。 |

（２）管理者について

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 経験年数３年以上及び研修の修了者 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設等の職員又は訪問介護員等として、３年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有している者など必要な知識及び経験を有していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 痴呆介護実務者研修（基礎課程）（H16年度まで実施）、認知症介護実践者研修又は認知症高齢者グループホーム管理者研修を修了していますか。※１ | はい  ・  いいえ |
| ③ | （②で「いいえ」と答えた場合）  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。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に保険者に連絡のうえ、３年以上の経験年数を有した方で、研修を修了済である新たな管理者を配置してください。  早急に保険者に連絡のうえ、３年以上の経験年数を有した方で、研修を修了済である新たな管理者を配置してください。  ※１【例外】  管理者研修未実施者を管理者に変更する場合・・・都道府県での研修の開催状況を踏まえて、管理者研修の受講を申し込み、研修を修了することが確実に見込めれば、管理者変更の届出を出すことができます。 |

（３）介護支援専門員について

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 専らその職務に従事する介護支援専門員を配置すること。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、管理者との兼務もできる。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 当該小規模多機能型居宅介護事業所の職務の他に、当該小規模多機能型居宅介護事業所に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以外の事業所の職務と兼務していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「はい」と答えた場合は、基準違反です。早急に保険者に連絡のうえ、勤務体制を見直してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 経験人数３年以上及び研修の修了者 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護支援専門員の資格をもっていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 痴呆介護実務者研修（基礎課程）（H16年度まで実施）又は認知症介護実践者研修を修了していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 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。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①で「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に保険者に連絡のうえ、介護支援専門員を補充してください。  ②及び③で「いいえ」と回答した場合は、基準違反です。早急に研修を修了してください。 |

（４）介護従業者について（日勤帯における配置）

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 常勤１名以上、常勤換算で通いサービスの利用者３名につき介護従事者１名配置すること。  介護従業者のうち、１名以上は看護師又は准看護師とすること。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 常勤の介護従業者を１名以上配置していますか。  （専従・兼務の別を問いません） | 配置している  ・  配置していない |

↓

|  |
| --- |
| 「配置していない」と答えた場合は、基準違反です。  早急に常勤の介護従業者を配置してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ② | 介護従業者のうち看護師又は准看護師を１名以上配置していますか。  （常勤・非常勤の別を問いません） | 配置している  ・  配置していない |

↓

|  |
| --- |
| 「配置していない」と答えた場合は、基準違反です。  早急に保険者に連絡のうえ、看護師又は准看護師の介護従業者を配置してください。 |

（５）夜勤体制について

|  |  |
| --- | --- |
| 基準 | 夜間及び深夜の時間帯を通じて１名以上の介護従業者を配置すること。  １名以上の宿直勤務者を配置すること。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ① | 小規模多機能型居宅介護事業所全体で、夜間及び深夜の時間帯に勤務する介護従業者を２名以上、配置していますか。（うち１名は宿直） |

↓

|  |  |
| --- | --- |
| 配置している場合 | 夜勤者は併設されている他の施設の夜勤も兼務している場合は基準違反となる。  兼務している場合には、早急に保険者に連絡のうえ、宿夜勤体制を見直す必要がある。 |
| 配置していない場合 | 基準違反。早急に保険者に連絡のうえ、夜間及び深夜の時間帯に勤務する介護従事者を補充すること。  ただし、宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備している時は、置かないことが出来る。 |

○「Ⅰ　人員について」の「基準」は、指定基準に定められている人員基準です。もしも基準違反に該当する項目があった場合には、速やかに人員を補充する必要があります。

○職種によっては、人員欠如の場合に介護報酬を減算する必要がある場合もありますので、まずは令和５年度平塚市地域密着型サービス事業者集団講習会資料を参照してください。

　なお、実際に減算を判断する場合には、定員ではなくて実績で判断することになりますので詳しくは保険者に相談してください。

○人員欠如状態のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となりますので、速やかに補充できないときは、休止してください（休止届が必要）。

　なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

Ⅱ　運営について

以下の質問表は、厚生省令等により介護保険事業者の責務として定められている項目の一部分です。順番に内容をよく確認しながら、右端の欄に「○」又は「×」を記載してください。

なお、これらの内容は、平塚市が行う実地指導時の指導ポイントとも重複するので、その内容を十分に確認し、できていない場合には、至急改善を行ってください。

|  |
| --- |
| 行っている場合は『〇』  行っていない場合は『×』を記入 |

（１）管理者の職務について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 法人は、管理者を含む従業員全員と雇用契約等を結んでいますか。 |  |
| ② | 計画作成担当者については、雇用の際に介護支援専門員の登録又は計画作成経験及び研修の修了を確認するとともに、登録証及び研修の修了証のコピ－を保管していますか。 |  |
| ③ | 従業員の勤務体制表（ローテーション表）を作成していますか。 |  |
| ④ | 全職員について、タイムカード等により勤務実績が分かるようにしていますか。 |  |

（２）居宅サービス計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護支援専門員が、居宅サービス計画を作成していますか。 |  |
| ② | 居宅サービス計画の作成に当たって利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して利用者が抱える課題を把握していますか。 |  |
| ③ | 居宅サービス計画の作成にあたり、利用者の抱える解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討していますか。 |  |
| ④ | 居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況に関する情報を共有するとともに専門的な見地からの意見を求めていますか。 |  |
| ⑤ | 居宅サービス計画は全表（１～３表及び６，７表）作成していますか。 |  |
| ⑥ | 居宅サービス計画には以下の項目を記載していますか | |
| ⅰ　利用者及びその家族の生活に対する意向 |  |
| ⅱ　総合的な援助の方針 |  |
| ⅲ　生活全般の解決すべき課題 |  |
| ⅳ　提供されるサービスの目標及びその期間 |  |
| ⅴ　サービスの種類、内容、種別及び利用料 |  |
| ⅵ　サービスを提供する上での留意事項等 |  |
| ⑦ | 少なくとも１月に１回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接をしていますか。また、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）の結果を記録していますか。 |  |
| ⑧ | 居宅サービス計画の作成後、定期的に計画を見直していますか。 |  |
| ⑨ | 利用者が入院した場合、退院後に居宅サービス計画の見直しを行っていますか。 |  |
| ⑩ | 居宅サービス計画を変更した場合、全表（１～３表及び６，７表）について作成し直していますか。 |  |
| ⑪ | 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合、又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行っていますか。 |  |
| ⑫ | 利用者が訪問看護等の医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めていますか。 |  |
| ⑬ | 居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合、当該医療サービスに係る主治の医師又は歯科医師の指示が出ているか主治の医師の所属する医療機関関係者に確認していますか。  <主治の医師の指示の内容について確認すべき項目>  ⅰ確認をした日付  ⅱ確認をした相手（担当者）※医師本人でなくて可  ⅲ指示した受持の医師名及び医療機関  ⅳ指示の出ている期間  ⅴ指示の内容  ※指示の内容について確認する際は、医師の出している指示書である必要はありません。  少なくとも上記の内容について何らかの方法で確認してあれば結構です。 |  |
| ⑭ | 医療サービス以外の指定居宅サービスを位置付ける場合、当該サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意事項を尊重していますか。 |  |
| ⑮ | 福祉用具貸与を位置付ける際に次の項目に留意していますか。 | |
| ⅰ　サービス担当者会議を開催し、専門的意見の聴取をしていますか。  （必要に応じて随時開催することが必要です。） |  |
| ⅱ　福祉用具貸与が必要な理由を居宅サービス計画に記載していますか。    ※継続して福祉用具を貸与する場合・・・サービス担当者会議で貸与の必要性を検証した上で、継続して福祉用具の貸与が必要な理由を居宅サービス計画に記載します。 |  |
| ⑯ | 軽度者に対象外種目の福祉用具貸与を位置付ける際に、利用者に指定福祉用具貸与事業者へ提示することの同意を得た上で、認定調査の調査票の写しを入手し、その内容が確認できる部分の文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付していますか。 |  |
| ⑰ | 軽度者の方への福祉用具貸与については、医師の医学的な所見に基づき判断され、サービス担当者会議等を通じた適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要であることを市町村に書面等確実な方法で確認していますか。  ※医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書  又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見に  より確認する方法で差し支えありません。 |  |
| ⑱ | 福祉用具販売を位置づける際に次の項目について留意していますか | |
| ⅰ サービス担当者会議を開催して、専門的意見の聴取をしていますか。 |  |
| ⅱ 特定福祉用具販売が必要な理由を居宅サービス計画に記載していますか。 |  |
| ⑲ | 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、サービス計画書の提出を求めていますか。 |  |
| ⑳ | 利用者ごとにサービス提供に関する諸記録を、そのサービス提供が完結した日から５年間保存していますか。 |  |

（３）小規模多機能型居宅介護計画の作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 計画作成担当者は、利用者全員について、サービスの提供開始にあたり、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成していますか。（利用者全員に作成していなければ×） |  |
| ② | 計画作成担当者は、サービス計画の原案について、利用者又はその家族に対しその内容等について説明し、文書により利用者の同意を得ていますか。（利用者全員から同意がなければ×） |  |
| ③ | サービス計画を利用者に交付していますか。（全員に行っていなければ×） |  |
| ④ | 計画作成担当者は、計画作成後においてもサービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じてサ－ビス計画の変更をしていますか。 |  |
| ⑤ | 計画の見直しに際しては、アセスメント票等を用いて、利用者のケアの課題となる行動及び状態を把握していますか。 |  |

（４）サ－ビスの内容、質の向上(従業者のレベルアップ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サ－ビスの質の向上を図るため、計画的に研修を行い、研修内容や時間などの受講歴を記録していますか。 |  |
| ② | 感染予防に関する教育を定期的に行い、周知徹底させていますか。 |  |

（５）　内容、手続の説明及び同意

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 重要事項説明書の内容は、運営規程の内容と一致していますか。 |  |
| ② | サ－ビスの利用契約の前に、あらかじめ利用者やその家族等に対して重要事項説明書を交付して、説明を行っていますか。（利用者全員に行っていなければ×） |  |
| ③ | 説明後、内容を確認した旨の同意を文書で得ていますか。（利用者全員から同意がなければ×） |  |

（６）サービス提供に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 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、計画的に介護を行っていますか。 |  |
| ② | 提供に関する諸記録は、その完結の日から５年間保存していますか。 |  |
| ③ | フェイスシ－トや介護計画など利用者ごとに整備し、個々の利用者ごとの記録を作成していますか。 |  |
| ④ | 業務日誌を整備するなど、事業所全体として、１日単位のサービス提供の実績記録を残していますか。 |  |

（７）高齢者虐待防止法（「養介護施設従事者等」による高齢者虐待）に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 高齢者虐待防止法に係る「養介護施設従事者等」による高齢者虐待の定義を職員に周知していますか。  養介護施設従事者等の行う次の行為が該当する。  ・身体的虐待　・養護を著しく怠ること　・心理的虐待　・性的虐待　・経済的虐待 |  |
| ② | 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者に対し、市町村への通報義務が規定されていることを職員に周知していますか。 |  |
| ③ | 高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に、解雇その他不利益な取扱いを受けないことを職員に周知していますか。 |  |
| ④ | 高齢者虐待の通報については、刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定により妨げられるものと解釈してはならないことを職員に周知していますか。 |  |
| ⑤ | 高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めていますか。 |  |
| ⑥ | 従事者に対する研修実施のほか、利用者や家族からの苦情処理体制の整備その他従事者による高齢者虐待防止のための措置を講じていますか。 |  |
| ⑦ | 管理職・職員の研修、個別ケアの推進、情報公開、苦情処理体制等高齢者虐待の防止に向けた取組みをしていますか。 |  |
| ⑧ | 身体拘束は原則として全て高齢者虐待に該当すると考えられていることを施設内に周知していますか。（「身体拘束ゼロへの手引き」等において「緊急やむを得ない場合」とされているものに限って、例外的に該当しないとされています。） |  |

（８）身体拘束の廃止に関する事項

（身体拘束の事例がない場合で、回答が不能な場合は回答欄に－を引いてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | サービス提供にあたり、身体的拘束その他利用者の行動を制限しないようにしていますか。 |  |
| ② | 運営規程で身体的拘束等の廃止について定めていますか。 |  |
| ③ | 重要事項説明書で身体的拘束等の廃止について定めていますか。 |  |
| ④ | 契約書に身体的拘束等の廃止についての項目がありますか。 |  |
| ⑤ | 「身体拘束廃止委員会」等を設置していますか。 |  |
| ⑥ | 「身体拘束廃止委員会」には管理者及び各職種の従業員が参加していますか。 |  |
| ⑦ | 廃止に向けた改善計画を作成していますか。 |  |
| ⑧ | やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き等を定めていますか。 |  |
| ⑨ | 身体的拘束等を行った事例がありますか。 |  |
| ⑩ | やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、「切迫性」「非代替性」「一時性」のすべてを満たしているか、チームで検討していますか。 |  |
| ⑪ | ⑩の検討結果について記録をとっていますか。 |  |
| ⑫ | 利用者本人や家族に対し、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に説明し、理解を得ていますか。 |  |
| ⑬ | 身体的拘束等を行った場合、その態様及び時間、その際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。 |  |
| ⑭ | 身体的拘束等を行った場合、常に観察、再検討を行っていますか。 |  |
| ⑮ | 身体的拘束等の必要がなくなった場合、すみやかに拘束を解除していますか。 |  |

（９）サービスの質の評価

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 事業所として、自らその提供しているサ－ビスの質について、自己評価を実施していますか | | |  |
| ② | 自己評価を実施した直近の日付を記入してください | | 年　　　月　　　　日 | |
| ③ | 実施していない場合、理由を記入してください。 | | | |
| （理由） | | | |
| ④ | 自己評価の結果を情報開示していますか。 | | |  |
| ⑤ | 自己評価を実施した結果から確認された課題について、改善を行うための具体的な行動をしていますか。 | | |  |
| ⑥ | 利用者やその家族からの声を、サ－ビス向上のために活用していますか。 | | |  |
| ⑦ | 自己評価の結果を運営推進会議において第三者の観点による評価（外部評価）を行っていますか。 | | |  |
| ⑧ | 外部評価実施日または実施予定日 | 年　　　　月　　　　　日 | | |
| ⑨ | 自己評価と外部評価の結果の違いを検討し、そのサービスの質の向上に活かしていますか。 | | |  |

（10）運営規定の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 運営規程の内容は、常に実態を反映したものを整備していますか。 |  |
| ② | 保険適用と保険適用外サ－ビス(全額自己負担となるもの)に関する料金表を作成し、利用者等に説明していますか。 |  |
| ③ | 虐待のための措置に関する事項を定めていますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |

（11）利用料の受領

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 負担割合証を確認し、利用者から１割、２割又は３割負担分を徴収していますか。（生活保護や公費負担等の場合を除く。） |  |
| ② | 利用者等に対して、領収書を発行していますか。 |  |

（12）秘密保持の体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 就業規則、雇用契約書等に、従業者及び退職した者が、業務上知り得た利用者やその家族の個人情報を漏らすことを禁止する記載がありますか。 | |  |
| ② | 利用者全員から個人情報使用同意書等で利用者等やその家族の個人情報をサ－ビス担当者会議等で使用することについて同意を得ていますか。（一部の利用者のみの場合は×） | |  |
| ③ | 保有個人データの管理・開示手順、個人情報管理者等を定めた、個人情報保護に関する規定を整備していますか。 | |  |
| ④ | 個人情報管理者の名前を記入してください。（担当者が定められていない場合は、その旨記入して下さい。） | 氏名 | |

（13）苦情に対する対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者等に対し、苦情の申立先や窓口を記載した書類(重要事項説明書でも可)を配布するなど、当該サ－ビスに対する苦情の申し出がしやすいようにしていますか。 |  |
| ② | ①の書類には、相談窓口・苦情窓口として、次の項目が全て記載されていますか。  　　○事業所担当窓口　　○市町村窓口　　○国保連窓口 |  |
| ③ | 苦情相談の方法や対応手順を記載したマニュアルを整備していますか。 |  |
| ④ | 苦情記録簿を整備していますか。 |  |
| ⑤ | 実際にあった苦情及びその原因と対応策について、職員に周知するなど再発防止に努めていますか。 |  |

（14）緊急時、事故発生時の対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所で緊急・災害時対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底していますか。 |  |
| ② | 事故記録簿（ヒヤリハット簿）を整備していますか。 |  |
| ③ | 市町村の定める事故報告の様式、手順等を知っていますか。 |  |

（15）非常災害対策

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 非常災害に関する具体的な計画を立てていますか。  ※避難確保に関する内容も含みます。 |  |
| ② | 令和５年４月以降の非常災害訓練の実施日または実施予定日はいつですか。  　避難訓練　　　　　　　　　実施日　＜令和　　年　　月　　日＞  　救出訓練　　　　　　　　　実施日　＜令和　　年　　月　　日＞  　その他（　　　　）訓練　　実施日　＜令和　　年　　月　　日＞ |  |
| ③ | 火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に定期的に周知していますか。 |  |
| ④ | 訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう努めていますか。 |  |
| ⑤ | 感染症や非常災害の発生時に備えて業務継続計画を策定し、同計画に沿った必要な措置を講じるようにしていますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |

（16）掲示

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 次の内容を掲示していますか。  ○　運営規程（料金表含む。）　○苦情処理機関 |  |

（17）衛生管理等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置を講じていますか。 |  |
| ② | 食中毒及び感染症について、必要に応じて保健所の助言や指導を求め、連携を図っていますか |  |
| ③ | 事業所内を適温に保てるように空調設備等を整備し、故障等のないように管理を適切に行っていますか。 |  |
| ④ | 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するための措置（指針の整備、定期的な委員会の開催）を講じていますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |

（18）運営推進会議

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 運営推進会議をおおむね２月に１回以上開催していますか。 |  |

（19）研修

令和５年度に実施（予定を含む。）した研修について、下表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実施年月日 | 研修出席者 | 研修内容 |
| 所内研修 |  |  |  |
| 所外研修 |  |  |  |

欄が足りない場合は、別紙に記載して添付してください。

※研修出席者には、対象とする職種（例：全職員、看護職員、サービス提供責任者、管理者など）を記載してください。

※研修を行っていない場合は、「研修内容」欄に「実施なし」と記載してください。

研修の留意事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所の介護従業者のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるための必要な措置を講じていますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |
| ② | 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に実施していますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |
| ③ | 介護従業者に対し、感染症及び非常災害発生時の業務継続計画を周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に実施していますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |
| ④ | 介護従業者に対し、虐待の防止のための措置について周知徹底すると共に、定期的に研修を実施していますか。  ※令和６年４月１日より義務化されます。 |  |

＜注意点＞

　○　以上の項目は、運営基準に定められている内容の一部であり、事業開始後に遵守しなければならないものです。

　○　運営基準違反のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあります。

Ⅲ　介護報酬の請求

　介護報酬の請求は、提供したサ－ビスの内容を良く確認した上で、適正に行う必要があります。従って、誤って請求したことが判明した場合には、速やかに、自主的に過誤調整をしてください。

（利用者負担分も含む。）

（１）貴事業所が実際に行っている介護報酬の請求の流れについて、下記の欄に記載してください。（図等を使って、具体的に書いてください。）

（実績の確認は、誰が、何を見て内容を確認した上で、国保連に請求を行っているか。）

|  |
| --- |
|  |

※　ポイント　①実績の確認（サービス提供記録があった上で請求しているか。）

　　　　　　　　②複数の目によりダブルチェックが行われているか。

（２）介護報酬の請求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 実績の確認については、担当者一人に任せきりにせず、複数の目で確認していますか。 | はい  ・  いいえ |

（３）届出が必要な加算の状況について記載し、チェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 初期加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 登録日から３０日を超えて算定していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①で「はい」に○がついた場合、初期加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | （認知症加算Ⅰ）  日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度　Ⅲ，Ⅳ，Ｍに該当する者）に対する介護を実施したときに算定していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | （認知症加算Ⅱ）  要介護状態区分が要介護２である者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症のもの（日常生活自立度Ⅱに該当する者）に対する介護を実施したときに算定していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②のいずれにも「いいえ」に○がついた場合、認知症加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 若年性認知症利用者受入加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者とな  った者）ごとに個別の担当者を定めていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 個別の担当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。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 認知症加算を算定していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②のいずれかで「いいえ」に○がついた場合及び③で「はい」に○がついた場合は若年性認知症利用者受入加算の算定はできません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 医師から「認知症の行動・心理症状」があると認められ、緊急で短期利用居宅介護利用が必要と判断を受けていますか | はい  ・  いいえ |
| ② | ①の判断した医師名、日付及び利用開始にあたっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 短期利用居宅介護サービス利用開始日は１の医師からの判断を受けた日または、その翌日ですか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②③のいずれか「いない」に○がついた場合は認知症・心理症状緊急対応加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。なお、当加算は利用を開始した日から起算して７日を限度として加算出来ます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 看護職員配置加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | （Ⅰ）の場合、専ら(介護予防)小規模多機能型居宅介護の職務に従事する常勤  の看護師を１名以上配置していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | （Ⅱ）の場合、専ら(介護予防)小規模多機能型居宅介護の職務に従事する常勤の准看護師を１名以上配置していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | （Ⅲ）の場合、看護職員を常勤換算方法で１名以上配置していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ④ | 利用定員、人員基準等の条件に適合していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②③のいずれも「いいえ」に○がついた場合、④で「いいえ」に○がついた場合は看護職員配置加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 看取り連携体制加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 医師が一般に求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に算定していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 看取り期における対応方針を定め、利用者又はその家族等に説明し同意を得ていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ④ | 看護師により２４時間連絡できる体制を確保していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑤ | 医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑥ | 看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に死亡日を含めて３０日を上限として算定していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑦ | 利用者が入院する際、入院の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部の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。 | はい  ・  いいえ |
| ⑧ | 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。 | はい  ・  いいえ |
| ⑨ | 本人又は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。 | はい  ・  いいえ |
| ⑩ | 本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑪ | 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することが必要である。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①から⑪まで１つでも「いいえ」に○がついた場合は看取り介護加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

※厚生労働省が策定した『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』等の内容に沿った取り組みを行って下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問体制強化加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を２名以上配置していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 全ての登録者（要介護のみ）に対する訪問サービスの提供回数が１月当たり延べ２００回以上であり、訪問サービスの内容を記録していますか。※１ | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②のどちらかに「いいえ」に○がついた場合は加算の算定ができません。過去の請求分については返還してください。 |

※１　新型コロナウィルス感染症に係る特例

すでに訪問体制強化加算を算定している事業所においては、コロナウィルス感染症の影響で利用者の利用控え等からやむを得ず延べ訪問回数が月200回を割り込んでしまった場合でも引き続き算定が可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| 総合マネジメント体制強化加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化の応じ、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。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①から②で１つでも「いいえ」に○がついた場合は加算の算定ができません。過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活機能向上連携加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 加算（Ⅰ）  訪問リハビリもしくは通所リハビリの事業所またはリハビリを実施している医療機関の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師から助言を受けたうえで計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした計画を作成していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 加算（Ⅰ）  計画に基づくサービスを行なったとき、初回のサービスが行われた日の属する月に加算をしていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 加算（Ⅱ）  訪問リハビリもしくは通所リハビリの事業所またはリハビリを実施している医療機関の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師が利用者宅を訪問する際にケアマネが同行する等により身体状況等の評価を共同して行っていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ④ | 加算（Ⅱ）  生活機能の向上を目的とした計画を作成した場合に、医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士と連携し、その計画に基づくサービスを行なったとき、初回のサービスが行われた日の属する月以降３月の間、１月につき加算していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑤ | 加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）を両方算定していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②及び③④についてそれぞれで１つでも「いいえ」に○がついた場合または⑤で「はい」に〇がついた場合は加算の算定ができません。過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所の従業者が、利用開始時および利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を、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。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 口腔・栄養スクリーニングの算定に係る利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 対象となる利用者が他の事業所（地域密着型かどうかは問わない）において、すでに口腔・栄養スクリーニング加算を算定していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②で１つでも「いいえ」に○がついた場合または③で「はい」に〇がついた場合は加算の算定ができません。過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供体制強化加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、個別の研修計画を策定・  実施していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 全ての小規模多機能型居宅介護従業者を対象とした、利用者に関する情報及び留意事項の伝達又は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。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないことを確認していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ④ | （Ⅰ）の場合、小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師除く)の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の70以上となっていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑤ | （Ⅰ）の場合、小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師除く)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上ですか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑥ | (Ⅱ)の場合小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師除く)の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の50以上となっていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑦ | （Ⅲ）の場合、小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師除く)の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の40以上となっていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑧ | （Ⅲ）の場合、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分の60以上となっていますか。 | はい  ・  いいえ |
| ⑨ | （Ⅲ）の場合、小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上となっていますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 加算（Ⅰ）の場合は④もしくは⑤、加算（Ⅱ）の場合は⑥、加算（Ⅲ）の場合は⑦⑧⑨のいずれかで「はい」に〇がつかなくては加算できません。  また①から③について「いない」に○がついた場合はサービス提供体制強化加算は算定できません。  算定条件を満たしていない場合は、至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護職員処遇改善加算（　　） | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 加算の算定額に相当する介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善を実施していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 事業所の全ての介護職員に加算の内容等を周知していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①②で１つでも「いない」に○がついた場合は算定できません。過去の請求分については返還してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | １　なし　　２　あり |

〇「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）のいずれかを算定していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ② | 加算の算定額に相当する介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善を実施していますか。 | はい  ・  いいえ |
| ③ | 事業所の全ての介護職員に加算の内容等を周知していますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| ①から③までで１つでも「いない」に○がついた場合は、介護職員等特定処遇改善加算を算定できません。請求した介護報酬について過誤調整する必要がありますので、保険者に相談してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | １　なし　　　２　あり |  |

○「２　あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）のいずれかを算定していますか。 | はい・いいえ |
| ② | 賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てていますか。 | はい・いいえ |

|  |
| --- |
| **①、②で１つでも「いいえ」に○がついた場合は介護職員等ベースアップ等支援加算を算定できません。過去の請求分については返還してください。** |

（４）　減算について

ア　職員の欠如による減算

|  |  |
| --- | --- |
| 職員の欠如による減算はありますか。 | １　はい　　２　いいえ |

○「１　はい」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 今回の運営状況点検書の｢人員基準｣欄は、全て基準以上ですか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「いいえ」に○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。 |

イ　利用定員の超過による減算

|  |  |
| --- | --- |
| 提出した運営規程に定められている利用定員を超えていませんか。 | １　はい　　２　いいえ |

○「１　はい」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 減算をおこなっていますか。 | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「いいえ」に○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。 |

ウ　過少サービスに対する減算

|  |  |
| --- | --- |
| １人当たりの平均サービス提供回数※が一週間に４回未満となっていませんか。 | １　はい　　２　いいえ |

○「１　はい」の場合は、以下の問いにお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 減算をおこなっていますか | はい  ・  いいえ |

↓

|  |
| --- |
| 「いいえ」に○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。 |

※１人当たりの平均サービス提供回数の算定については、令和５年度平塚市地域密着型サービス事業者集団指導講習会資料等を参照してください。

＜注意点＞

●　介護報酬の請求に不適切又は不正な内容が認められた場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

|  |
| --- |
| 運営状況点検書でできていなかったものについては、事業所で改善してください。  過誤調整等を行う場合は、保険者まで御相談下さい。 |

※下記書類の作成もお忘れなく！

　　・利用者数一覧表

　　・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

　　・計画作成担当者の１年間の配置状況

　以上で終了です。お疲れさまでした。