

人員基準チェックリスト（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）

事業所名称

職 種	基準（空欄に必要な事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
<p>通いサービスの利用者数 （前年度の平均）</p>	<p>前年度の通いサービスの利用者延数 人・日 ÷ 前年度の日数 日 = 通いサービスの利用者数 (A) 人 (小数点第2位以下切上)</p>
<p>夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯 （日中の時間帯）</p>	<p>: ~ : (時間)</p> <p>※夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所ごとに、宿泊サービスの利用者の生活サイクル等に応じて設定すること。</p>
<p>従業者 小規模多機能型居宅介護従業者</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1以上は、常勤である。 <input type="checkbox"/> 1以上は、看護師又は准看護師である。 <input type="checkbox"/> 専従である。 <input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 当該事業所に人員に関する基準を満たす小規模多機能型居宅介護従業者を配置している。 <input type="checkbox"/> 併設されている指定認知症対応型共同生活介護等※1において人員に関する基準を満たす従業者を置いている。 <input type="checkbox"/> 兼務する職務が、当該事業所に併設されている施設等の職務である。 </p> <p>◆夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯（日中の時間帯）</p> <p> <input type="checkbox"/> 通いサービスの提供に当たる者を、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以上配置している。 <input type="checkbox"/> 訪問サービスの提供に当たる者を、常勤換算方法で、1以上配置している。 ※日中であれば通いサービスを行うために3：1以上、訪問サービスを行うために1以上をそれぞれのサービスに固定しなければならないという趣旨ではなく、日中勤務している小規模多機能型居宅介護従業者全体で通いサービス及び訪問サービスを行うこととなる。 </p> <p>〈必要数〉</p> <p> 通いサービスの利用者数 (A) 人 ÷ 3 = 通いサービスの提供に当たる者 (B) 人 (小数点以下切上) </p> <p> 通いサービスの提供に当たる者 (B) 人 + 訪問サービスの提供に当たる者 1人 = 必要数 人 </p> <p>〈配置員数〉 (月)</p> <p> 従業者の日中の勤務延時間数 時間 ÷ 常勤の従業者が勤務すべき時間数 時間 (1日当たり) ÷ 当該月の日数 日 = 常勤換算後の員数 人 (小数点第2位以下切捨) </p>

職 種		基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
従業者	小規模多機能型 居宅介護従業者	<p>◆夜間及び深夜の時間帯</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜勤職員を1以上（宿直職員を除く）配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間及び深夜の時間帯を通じて、宿直職員を必要な数以上配置している。 ※登録者からの連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜勤及び宿直職員を置かない場合、次の要件を満たしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 宿泊サービスの利用者がいない。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間及び深夜の時間帯を通じ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。</p>
	介護支援専門員	<p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員の資格を有している。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従である。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の処遇に支障がない。</p> <p><input type="checkbox"/> 兼務する職務が次のいずれかの場合である。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該事業所の他の職務</p> <p><input type="checkbox"/> 当該事業所に併設されている指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職務</p>
	管理者	<p><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している。</p> <p><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等^{※2}の従業者として3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する。</p> <p><input type="checkbox"/> 常勤である。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従である。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所の管理上支障がない。</p> <p><input type="checkbox"/> 兼務する職務が次のいずれかの場合である。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該事業所の他の職務</p> <p><input type="checkbox"/> 当該事業所に併設されている指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職務</p> <p><input type="checkbox"/> 同一敷地内の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務</p>
	代表者	<p><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している。</p> <p><input type="checkbox"/> 次のいずれかの経験を有する。</p> <p><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等の従業者として認知症である者の介護に従事した経験</p> <p><input type="checkbox"/> 保健医療サービス又は福祉サービスの経営に携わった経験</p> <p><input type="checkbox"/> 運営している法人の代表者（理事長、代表取締役等）である。</p> <p><input type="checkbox"/> 法人の代表者でない場合、次の要件を満たしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 法人の代表者を地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではない。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域密着型サービスの事業部門の責任者等である。</p>

※1 指定認知症対応型共同生活介護事業所等：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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限り）、介護医療院

※2 特別養護老人ホーム等：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