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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１　サテライト型以外** | | |
| 区分 | | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を記入） |
| 登録定員 | | 登録定員  　人 |
| ・前月の状況（　　　月分）    当該月の平均登録者数  　　　　　　　人  当該月の日数  　　　　　　　日  当該月の登録者延数  　　　　　　　人  　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　　=  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点以下切り上げ） |
| 利用者数  （前年度平均値） | | 利用者数  　人  前年度の日数  　日  前年度の利用者延数  　人  　　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　＝  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点第2位以下切上）  ※前年度の利用者延数は、１日ごとの通いサービスの提供を受けた者の数の最大値の合計 |
| 生活サイクル | | 夜間及び深夜の時間帯　　　午後　　時　　分～午前　　時　　分 |
| 従業員 | 看護職員  ・  介護職員 | □　従業者のうち、１以上の者は常勤か  □　従業者のうち、１以上は、看護師又は准看護師か    **【夜間及び深夜の時間帯以外】**  ＜常勤換算式＞（小数点第2位以下切捨）    常勤換算  人  従業者の勤務延時間数  時間  常勤従事者の勤務  時間（１日あたり）  時間  当該月の  日数  日    　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　÷　　　　　　　＝  注）従業者の勤務延時間数は、通いサービス及び訪問サービスを行う者の勤務延時間数を記入してください  必要数  人  人  利用者数  　　　　人  　　　　÷３=　　　　　　　　＋１人≒  (例)　13　　　　　　　　（4.3）　　　　　　　　（６人）  **【夜間及び深夜の時間帯】**  □　夜間及び深夜の勤務に当たる夜勤者が1以上、宿直勤務に当たる者が1以上か  ※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できる体制を整備している日で、夜間及び深夜の勤務に当たる者及び宿直勤務に当たる者を置かなかった日は除く |
| 計画作成担当者 | * 介護支援専門員であるか * 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か   □　兼務する場合は次の場合か  □　当該事業所の他の職務  □　併設する認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護療養型医療施設（診療所であるものに限る）又は介護医療院の職務 |
| 管理者 | | □　認知症対応型サービス事業管理者研修を修了しているか  □　下記のいずれかの従業者また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か  　・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  □　専従か  □　兼務する場合は次の場合か（管理上支障がない場合に限る）  　　□　当該事業所の他の職務  □　同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）  ・兼務する事業所について  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　※兼務する場合であって、その職務が条例に規定する職務以外の場合も記載してください |
| 代　表　者 | | □　認知症対応型サービス事業開設者研修を修了しているか  □　下記のいずれかの従業者また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か  　・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  □　保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有するか  □　法人の代表者でない場合、地域密着型サービスの事業部門の責任者等であるか |

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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **２　サテライト型** | | |
| 区分 | | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を記入） |
| 登録定員 | | 登録定員  　人 |
| ・前月の状況（　　　月分）    当該月の平均登録者数  　　　　　　　人  当該月の日数  　　　　　　　日  当該月の登録者延数  　　　　　　　人  　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　　=  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点以下切り上げ） |
| 利用者数  （前年度平均値） | | 利用者数  　人  前年度の日数  　日  前年度の利用者延数  　人  　　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　＝  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点第2位以下切上）  ※前年度の利用者延数は、１日ごとの通いサービスの提供を受けた者の数の最大値の合計 |
| 本体事業所名 | |  |
| 生活サイクル | | 夜間及び深夜の時間帯　　　午後　　時　　分～午前　　時　　分 |
| 従業員 | 看護職員  ・  介護職員 | □　従業者のうち、１以上の者は常勤か  □　従業者のうち、１以上は、看護師又は准看護師か  　　※本体事業所の看護師又は准看護師が登録者の健康管理等を行うことができる場合は配置しないことができる  **【夜間及び深夜の時間帯以外】**  ＜常勤換算式＞（小数点第2位以下切捨）    常勤換算  人  従業者の勤務延時間数  時間  常勤従事者の勤務  時間（１日あたり）  時間  当該月の日数  日    　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　÷　　　　　　　＝  ※従業者の勤務延時間数は、通いサービスを行う者の勤務延時間数を記入してください  必要数  人  人  利用者数  　　　　人  　　　　÷３=　　　　　　　　 ＋１人 ≒  (例)　13　　　　　　　　（4.3）　　　　　　　　　（６人）  **【夜間及び深夜の時間帯】**  □　夜間及び深夜の勤務に当たる夜勤者が1以上、宿直勤務に当たる者が1以上か  ※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できる体制を整備している場合は、夜勤者は配置しないことができる  ※宿直は、本体事業所の宿直職員が適切に対応できる場合は、配置しないことができる |
| 計画作成担当者 | * 必要な研修を修了しているか * 介護支援専門員を配置しているか   ※介護支援専門員を配置していない場合は、居宅サービス計画の作成及び市町村への届出の代行は本体事業所の介護支援専門員が行わなければならない |
| 管理者 | | □　専従か  □　兼務する場合は次の場合か（管理上支障がない場合に限る）  　　□　本体事業所の管理者  □　当該事業所の他の職務  □　同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）  ・兼務する事業所について  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　※兼務する場合であって、その職務が条例に規定する職務以外の場合も記載してください |
| 代　表　者 | | □　下記のいずれかの従業者また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か  　・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  □　保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有するか  □　必要な研修を修了しているか |