人員基準チェックリスト（看護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□にレ点を入れること） |
| 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  　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　　=  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点以下切上） |
| 通いサービスの  利用者数  （前年度平均値） | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 前年度の通いサービス  利用者延数 |  | 前年度の日数 |  | 通いサービス  利用者数 | | 人 | ÷ | 日 | ＝ | 人 | |  |  |  | （小数第2点以下切上） | | |
| 生活サイクル | | 夜間及び深夜の時間帯　　　午後　　時　　分～午前　　時　　分 |
| 従業者 | 介護従業者 | □ １以上の者は常勤の保健師又は看護師か  □ 常勤換算方法で２.５以上の者は保健師、看護師又は准看護師か  ※ 訪問看護事業所の指定を併せて受け、同じ事業所で一体的に運営されている場合は一方の事業所で常勤換算方法２.５以上を満たしていることにより、双方の基準を満たしているとみなすことができる  **【夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯】**  □ 従業者を常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であるか  □ 常勤換算方法で、訪問サービスの提供に当たる従業者を２以上配置しているか  □ １以上の者は、保健師、看護師又は准看護師か  ＜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  利用者数  　　　　人  人  　　　　÷３=　　　　　　　　＋２人≒  (例)13　　　　　　　　　（4.3）　　　　　　　　　（７人）  **【夜間及び深夜の時間帯】**  □ 夜間及び深夜の時間帯を通じて１以上の従業者に夜間及び深夜の勤務（宿直勤務を除く）を行わせるために必要な数以上配置しているか  □ １以上の従業者に宿直勤務を行わせるために必要な数以上配置しているか  ※ 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するために必要な連絡体制を整備しているときは、宿直勤務並びに夜間及び深夜の勤務を行う従業者を置かないことができる |
| 計画作成担当者 | □ 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た者か  □ 介護支援専門員を配置しているか  □ 専従か（次の場合の兼務を除く）  □ 兼務する場合は次の場合か  □ 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合  □ 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に従事する場合 |
| 管理者 | | □　次のいずれかに当てはまる者か  □　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、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業者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を有する者で認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者か  □　医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験の  ある保健師又は看護師か  □ 常勤か  □ 専従か（以下の場合の兼務を除く）  □ 兼務する場合は以下の場合か（管理上支障がない場合に限る）  □ 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合  □ 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（当該指定看護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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代表者 | | □　次のいずれかに当てはまる者か  □　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者で必要な研修を終了している者  　　　　・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者で必要な研修を終了している者  □　医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験の  ある保健師又は看護師 |

人員基準チェックリスト（看護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  　　　　　　　　　　　÷　　　　　　　　　　　　=  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小数点以下切上） |
| 通いサービスの  利用者数  （前年度平均値） | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 前年度の通いサービス  利用者延数 |  | 前年度の日数 |  | 通いサービス  利用者数 | | 人 | ÷ | 日 | ＝ | 人 | |  |  |  | （小数第2点以下切上） | | |
| 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 |
| 従業者 | 介護従業者 | □　常勤換算方法で１以上の者は保健師、看護師又は准看護師か    **【夜間及び深夜の時間帯以外】**  □ 従業者を常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であるか  □ 常勤換算方法で、訪問サービスの提供に当たる従業者を２以上配置しているか※本体事業所の職員により当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業  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  □　１人以上の者は保健師、看護師又は准看護師か  ＜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  人  利用者数  　　　　人  必要数  人  　　　　÷３=　　　　　　　　 ≒  (例)13　　　　　　　　　（4.3）　　　　　　　　　（７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  ※本体事業所の宿直職員により適切な支援を受けられる場合、宿直職員を置かないことができる |
| 計画作成担当者 | * 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た者か * 介護支援専門員を配置しているか   ※本体事業所の介護支援専門員により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をおくことができる  □ 専従か（次の場合の兼務を除く）  □ 兼務する場合は次の場合か  □ 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合  □ 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に従事する場合 |
| 管理者 | | □　次のいずれかに当てはまる者か  □　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、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業者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を有する者で認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者か  □　医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験の  ある保健師又は看護師か  □　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（当該指定看護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）  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代　表　者 | | □　次のいずれかに当てはまる者か  □　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者で必要な研修を終了している者  　　　　・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者で必要な研修を終了している者  □　医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験の  ある保健師又は看護師 |