

自己点検表

○(介護予防)認知症対応型共同生活介護
(定義及び基本方針、人員、設備、運営の基準)

※根拠

➢介護保険法(以下「法」という。)

➢草津市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例(以下「条例」という。)

➢草津市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例(以下「予防条例」という。)

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
I 定義及び基本方針				
1. 定義	「認知症対応型共同生活介護」とは、要介護者であって認知症であるもの(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)について、その共同生活を営むべき住居において、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をいう。			
	「介護予防認知症対応型共同生活介護」とは、要支援者であって認知症であるもの(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)について、その共同生活を営むべき住居において、その介護予防を目的として、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をいう。			
2. 基本方針	指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、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自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定地域密着型介護予防サービスに該当する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業は、その認知症である利用者が可能な限り共同生活住居において、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すものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II 人員に関する基準				
1. 従業者の員数	(1)夜間及び深夜の時間帯以外(以下「日中時間帯」という)の配置は適切ですか。			
1-1.介護従業者	<p>➢利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1以上配置していますか。(利用者3:介護従業者1)</p> <p>→前年度の平均利用者数(名) ※新規の場合は推定利用者数</p> <p>→日中時間帯の常勤換算後の介護従業者数(名)</p> <p>※常勤換算とは、従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た従業者の員数。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	<p>(2)夜間及び深夜の時間帯の配置は適切ですか。</p> <p>▶夜間及び深夜の時間帯を通じて、常に標準数(1以上)の介護従業者(宿直勤務者を除く)が確保されていますか。</p> <p>→夜間及び深夜の時間帯(午後 時 ~ 午前 時)</p> <p>→夜間及び深夜の時間帯に勤務する介護従業者数(名)</p> <p>※ただし、事業所の有する共同生活住居の数が3である場合において、当該共同生活住居が全て同一の階において隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、当該事業者による安全対策が講じられ、利用者の安全性が確保されていると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯に認知症対応型共同生活介護事業所ごとに置くべき介護従業者の員数は、夜間及び深夜の時間帯を通じて2人以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数以上とすることができ</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3)介護従業者のうち1以上の者は、常勤となっていますか。</p> <p>→ 常勤(名) 非常勤(名)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>○ユニットが2以上ある場合</p> <p>▶ユニットごとに専従で配置することが望ましい。</p> <p>(理由)</p> <p>利用者の認知症の症状の進行を緩和し、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行われなければならないという観点から、なじみの関係を築く必要がある。</p> <p>○指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所(以下「小規模」という。)が併設されている場合で、それぞれの事業所が人員基準を満たす従業者を配置している場合</p> <p>▶当該事業所の介護従業者は、小規模の職務と兼務することができる。</p> <p>▶当該事業所の夜勤職員については、以下の要件を全て満たした場合のみ、小規模の職務と兼務することができる。</p> <p>(要件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の処遇に支障がないと認められる場合 ・当該事業所の定員と、小規模の泊まり定員の合計が9人以内である場合 ・当該事業所と、小規模が同一フロアに隣接し、一体的な運用が可能な構造である場合 			
1-2. 計画作成担当者	<p>(1)認知症対応型共同生活介護事業所ごとに計画作成担当者を配置していますか。</p> <p>※ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務に従事することができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2)計画作成担当者は、必要な研修を修了していますか。</p> <p>→研修名() 修了日()</p> <p>→研修名() 修了日()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3)計画作成担当者のうち1以上の者は、介護支援専門員をもって充てていますか。</p> <p>※ただし、介護支援専門員は常勤でない者を充てても差し支えない。</p> <p>※サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所については、介護支援専門員である計画担当者に代えて、厚生労働大臣が定める研修を終了している者を置くことができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
2. 管理者	<p>(1) 共同生活住居ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。ただし、共同生活住居の管理上業務に支障がない場合は、以下のとおり、他の職務を兼ねることができる。</p> <p>① 当該共同生活住居の他の職務に従事することができる。</p> <p>② 同一敷地内又は道路を隔てて隣接する他の職務に従事することができる。 ※ただし、訪問系サービス提供者として従事する場合は、支障があると考えられる。</p> <p>③ 併設する小規模の職務に従事することができる。</p> <p>→他事業所の兼務(有・無)</p> <p>有の場合… 事業所名() 職務名()</p> <p>④ 共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居の管理者は、本体事業所における共同生活住居の管理者をもって充てることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2) 管理者は、必要な研修を修了していますか。 →「認知症対応型サービス事業管理者研修」 修了日()</p> <p>※みなし措置 下記の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなす。</p> <p>①「実践者研修」又は「基礎課程」 平成18年3月31日までに上記の研修を修了した者であって、平成18年3月31日に、現に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、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者の職務に従事している者。</p> <p>②「認知症高齢者グループホーム管理者研修」を修了した者。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者	<p>(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、介護医療院、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者若しく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又は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すか。</p> <p>→事業所名() 職務名()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2) 代表者は、必要な研修を修了していますか。 →「認知症対応型サービス事業開設者研修」 修了日()</p> <p>※みなし措置 下記の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなす。</p> <p>①「実践者研修」又は「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」 ②「基礎課程」又は「専門課程」 ③「認知症介護指導者研修」 ④「認知症高齢者グループホーム開設者研修」</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	<p>(3)代表者(社長・理事長等)は、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに必要な研修を修了していますか。</p> <p>※代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良いこととするとされました。</p> <p>なお、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけではないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることが必要となります。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ⅲ 設備に関する基準

1. 事業所の設備	<p>(1)共同生活住居(ユニット)数は適切ですか。 → ユニット数()</p> <p>※共同生活住居の数は、1以上3以下(サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所にあつては、1又は2)とする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2)入居定員は適切ですか。 → 入居定員(名)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3)一つの居室の定員及び床面積は適切ですか。 → 居室の定員(名) → 居室床面積(m²)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 消防設備その他の非常災害に際して必要な設備	<p>(1)消防用設備及び必要な備品を整備し、6ヶ月に一度の消防設備点検はできていますか。</p> <p>▶自動火災報知設備、火災通報装置、消火器、誘導灯、その他施設の面積等によって必要となる消防設備はあるか。</p> <p>用途区分:(6)項口 なお、平成27年4月から、原則として、すべての事業所でスプリンクラーの設置が義務付けられています。</p> <p>→過去3年間の消防設備点検実施日 () ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ⅳ 運営に関する基準

1. 内容及び手続きの説明及び同意	<p>サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、介護従事者の勤務の体制、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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 提供拒否の禁止	<p>正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはありませんか。</p> <p>▶正当な理由の例 ①事業所の現員から利用申込に応じきれない場合 ②申込者の居住地が通常の実施地域外 ③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難と認められる場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
3. 受給資格等の確認	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 要介護認定の申請に係る援助	要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前までに行われるよう、必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 入退居	(1)入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により、認知症である者であることの確認をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対し自らサービス提供が困難である場合は、適切な他の(介護予防)認知症対応型共同生活介護、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)利用者の退居の際には、利用者及び家族の希望を踏まえ、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. サービスの提供の記録	(1)入居に際しては、入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)サービス提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 利用料等の受領	(1)法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)食材料費、理美容代、おむつ代及びその他日常生活費に要する費用の取扱いは適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)上記の費用の額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、サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 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は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要な事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付していますか。 →事例:(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
9. 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針	(1)介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)介護は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、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行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)介護従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針	(5)サービスの提供に当たっては、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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(身体拘束等)を行っていますか。 →事例:(有・無) ※利用者の身体拘束が認められるのは、『切迫性』『非代替性』『一時性』の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが、極めて慎重に実施されているケースに限られます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図っていますか。 (認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができます)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8)身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9)介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10)自己評価を少なくとも年1回は行っていますか。 →過去3年間の自己評価実施日 () () ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11)外部評価又は運営推進会議における評価を少なくとも年1回は受けていますか。 ※過去5年間継続して外部評価を受けている事業者であって、一定の要件を満たす場合は、2年に1回とすることができます。 →過去3年間の評価実施日 () () ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	(12)自己評価・外部評価の結果について、入居(申込)者又はその家族に対する説明の際に交付する重要事項を記載した文書に添付の上、説明していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(13)自己評価・外部評価の結果について入居者及びその家族へ提供し、事業所内の見やすい場所に掲示する他、広く開示していますか。 ・入居者及びその家族への提供(している・していない) ・事業所内に掲示(有・無) ・WAM NETに公開(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の基本取扱方針(予防のみ)	(1)利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)利用者が、できる限り要介護状態とならないで、自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを、常に意識してサービスの提供に当たっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)利用者が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ることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないように配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)利用者とのコミュニケーションを十分に図ること、その他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針(予防のみ)	(1)介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)計画作成担当者は(1)に規定する利用者の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)計画作成担当者は、計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、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"/>	
	(4)計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、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いますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5)計画作成担当者は、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)サービスの提供に当たっては、利用者一人ひとりの人格を尊重し、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、配慮して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7)サービスの提供に当たっては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	(8)サービス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、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9)計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供期間中、少なくとも1回は当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握(モニタリング)を行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10)計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 認知症対応型共同生活介護計画の作成	(1)管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活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"/>	
	(2)介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、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"/>	
	(3)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、他の介護従業者と協議の上、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の内容等を記載した介護計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)介護計画の作成に当たっては、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いますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 認知症対応型共同生活介護計画の作成	(5)介護計画を作成した際には、当該介護計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7)サービスを短期間利用する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供する事業者は、その居宅介護支援事業者から介護計画の提供の求めがあった際には、当該介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 介護等	(1)介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われていますか。 >たんの吸引等を行う場合は、「喀痰吸引等研修」又は平成28年度以降の介護福祉士「実地研修」を受講した介護福祉士及び介護職員等が、「認定特定行為業務従事者」として県から認定証の交付を受けた上で、「登録特定行為事業者」として県に登録する必要があります。 →介護職員による喀痰吸引等の実施事例(有・無) →看護職員以外による褥創等の処置事例(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)利用者の食事その他の家事等は、利用者と介護従業者が共同で行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
14. 社会生活上の便宜の提供等	(1) 利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 利用者に関する市への通知	(1) 正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させた認められる時は、その旨を市に通知していますか。 →事例(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(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時は、その旨を市に通知していますか。 →事例(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 緊急時等の対応	(1) 利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 緊急時において円滑な協力を得るため、協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 管理者の責務	管理者は、従業員の管理及び利用の申込みに係る調整、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。 また、従業員に運営に関する基準の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"/>	
18. 管理者による管理	管理者は、同時に介護保険施設、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス(サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所の場合は、本体事業所が提供する認知症対応型共同生活介護を除く。)、指定介護予防サービス若しくは指定地域密着型介護予防サービスの事業を行う事業所、病院、診療所又は社会福祉施設を管理する者となっていないですか。 ※ただし、これらの事業所、施設等が、同一敷地内にあること等により当該共同生活住居の管理上支障がない場合は、この限りではありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 運営規程	共同生活住居ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業員の職種、員数及び職務内容 ③利用定員 ④(介護予防)認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑤入居に当たっての留意事項 ⑥非常災害対策 ※策定している非常災害対策の計画名(火災、風水害等)を明記すること。 ⑦虐待の防止のための措置に関する事項 ⑧その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
20. 勤務体制の確保等	(1) 共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 従業者の資質の向上のために、特に認知症介護に関する知識及び技術の習得を主たる目的とする研修を受講する機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) (2)で認知症介護、虐待防止、身体拘束廃止に関する研修を定期的実施していますか。 ➤全ての介護従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 業務継続計画の策定等	(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 認知症対応型共同生活介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的(年2回以上)に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 定員の遵守	入居定員及び居室の定員を超えて入居させていませんか。 ※ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 協力医療機関等	(1) 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めていますか。 協力医療機関 () () ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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。 協力医療機関 () () ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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、病院等との間の連携及び支援の体制を整えていますか。 介護老人福祉施設 () 介護老人保健施設 () 病院等 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他														
		適	不適															
24. 非常災害対策	<p>(1)立地環境に応じ、火災、風水害、地震、津波、火山災害等個別に非常災害に対する具体的計画を立てていますか。</p> <p>▶火災・地震に関する計画に加え、風水害等、各々の施設の属する地域・地形などを考慮し、起こりうる災害に対し、網羅的に対応できていますか。</p> <p>▶上記計画に以下の項目が含まれていますか。</p> <p>①介護保険施設等の立地条件(地形等)</p> <p>②災害に関する情報の入手方法 (「避難準備情報」等の情報の入手方法確認等)</p> <p>③災害時の連絡先及び通信手段の確認 (自治体、家族、職員等)</p> <p>④避難を開始する時期、判断基準 (「避難準備情報発令」時等)</p> <p>⑤避難場所 (市町村指定避難場所、施設内の安全スペース等)</p> <p>⑥避難経路 (避難場所までのルート(複数)、所要時間等)</p> <p>⑦避難方法 (利用者ごとの避難方法(車イス、徒歩等))</p> <p>⑧災害時の人員体制、指揮系統 (災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)</p> <p>⑨関係機関との連携体制</p> <p>※起こりうる災害の範囲について疑義がある場合は、消防及び防災部局と協議の上、決定すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(2)(1)の具体的計画の内容について、従業者及び利用者に分かりやすく事業所内に掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(3)非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備するとともに、常に地域社会との連携を図ることにより非常災害時に地域住民の協力が得られる体制づくりに努め、それらの取組を定期的に従業者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	<p>(4)非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p> <p>→過去3年間の避難訓練等の内容及び実施日</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">避難訓練等の内容</td> <td style="text-align: center;">実施日</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>	避難訓練等の内容	実施日	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	避難訓練等の内容	実施日																
()	()																	
()	()																	
()	()																	
()	()																	
()	()																	
()	()																	
<p>(5)(4)で水害・土砂災害の場合を含む地域の実情に応じた災害に係る避難訓練が実施されましたか。</p> <p>上記訓練がされていない場合 →今年度中に実施予定の有無(有・無)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
25. 衛生管理等	<p>(1)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。</p> <p>(市水・井水)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	<p>(2)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、次に掲げる措置を講じていますか。</p> <p>①当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、認知症対応型共同生活介護従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>②当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。</p> <p>③当該事業所において、認知症対応型共同生活介護従業者に対し、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すること。</p> <p>→過去3年間のレジオネラ属菌検査実施日 () () ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. 掲示	<p>事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者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。</p> <p>※重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. 秘密保持等	<p>(1)従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。</p> <p>(2)事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その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。</p> <p>(3)サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の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。</p> <p>※サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意で可。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 広告	<p>広告をする場合において、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。</p> <p>・パンフレット(有・無) ・ホームページ(有・無) ・介護サービス情報公表システムへの掲載(年 月 日)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	<p>(1)居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)又はその従業者に対し、要介護(要支援)被保険者に対して当該共同生活住居を紹介す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。</p> <p>(2)居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)又はその従業者から、当該共同生活住居からの退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませんか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
	<p>(3)運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催について、次の要件を満たす場合には認められます。</p> <p>①利用者及び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。</p> <p>②同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. 地域との連携等	<p>(4)運営推進会議への報告、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。</p> <p>➢運営推進会議の記録については、事業所からの活動状況報告だけでなく、構成員からの評価、要望、助言等も記録すること。また、記録は5年間保存すること。</p> <p>➢公表については、事業所内でファイル等に綴り自由に閲覧できるようにする、すべての利用者の家族に対し、運営推進会議の記録を配布する等個人情報の取扱いに十分配慮したうえで、広く公表すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(5)事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(6)事業の運営に当たっては、提供した認知症対応型共同生活介護に関する利用者からの苦情に関して、市が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するように努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. 事故発生時の対応	<p>(1)利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。</p> <p>→事故事例（有・無）</p> <p>→事故対応マニュアル等（有・無）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2)(1)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。また、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。</p> <p>→事故の記録（有・無）</p> <p>→有の場合、市への報告（有・無）</p> <p>→従業者への周知（有・無）</p> <p>→周知の方法（ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3)利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。</p> <p>➢賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。</p> <p>→損害賠償保険への加入（有・無）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目 及び根拠法令等	確認事項	点検結果		「不適」の場合の事由 及び改善方法、その他
		適	不適	
34. 虐待の防止	<p>事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。</p> <p>①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)を定期的に開催するとともに、その結果について、認知症対応型共同生活介護従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>②事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>③事業所において、認知症対応型共同生活介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。</p> <p>④①から③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. 会計の区分	<p>事業所ごとに経理を区分するとともに、認知症対応型共同生活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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. 記録の整備	<p>(1)従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2)利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。</p> <p>①(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画</p> <p>②提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p>③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を得ない理由の記録</p> <p>④利用者に関する市への通知に係る記録</p> <p>⑤苦情の内容等の記録</p> <p>⑥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</p> <p>⑦運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. 電磁的記録等	<p>1 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者及び指定地域密着型(介護予防)サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、条例の規定において書面(被保険者証に関するものを除く。)で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができる。</p> <p>2 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者及び指定地域密着型(介護予防)サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。</p>			
V 変更の届出等				
	<p>当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該事業を再開したときは、10日以内に、事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の一月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を市長に届け出ていますか。</p> <p>①事業所の名称及び所在地</p> <p>②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名</p> <p>③登記事項証明書又は条例等</p> <p>④事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要</p> <p>⑤事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴</p> <p>⑥運営規程</p> <p>⑦協力医療機関の名称及び診療科目並びに契約の内容(協力歯科医療機関があるときはこれを含む。)</p> <p>⑧介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制の概要</p> <p>⑨地域密着型サービス費の請求に関する事項</p> <p>⑩介護支援専門員の住所及びその登録番号</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	