

自己点検表

各点検項目について確認した結果を「点検結果」の □ に ✓ チェックし、不適の場合はその事由等を記載してください。

○(介護予防)認知症対応型通所介護 (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。)

>草津指定地域密着型サービスの事業の人員、設備および運営に関する基準等を定める条例(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、設備および運営なら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に関する基準等を定める条例(以下「予防条例」という。)

| 点検項目 | 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 | この法律において「認知症対応型通所介護」とは、居宅要介護者であって、認知症であるものについて、老人福祉法第5条の2第3項の厚生労働省令で定める施設又は同法第20条の2に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。 | | | |
| | この法律において「介護予防認知症対応型通所介護」とは、居宅要支援者であって、認知症であるものについて、その介護予防を目的として、老人福祉法第5条の2第3項の厚生労働省令で定める施設又は同法第20条の2の2に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において、厚生労働省令で定める期間にわたり、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの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指定認知症対応型通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。 | □ | □ | |
| | 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通所介護の事業は、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な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。 | □ | □ | |
| II 人員に関する基準 | | | | |
| 1. 従業者の員数 【単独型・併設型】 | (1) サービス提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が1以上とされていますか。 | □ | □ | |
| 1-1. 生活相談員 | ※生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間の合計がサービス提供時間を下回ってはならない。 | □ | □ | |
| | (2) 生活相談員の資格については、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者となっていますか。 | □ | □ | |
| 1-2. 看護職員又は介護職員 | 単位ごとに、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員を常時1名以上配置していますか。 ※利用者の処遇に支障がない場合は、他の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護職員として従事することができるものとする。 | □ | □ | |
| 1-3. 常勤職員 | 生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤となっていますか。 | □ | □ | |

| 点検項目 | 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 | |
| 1-4. 機能訓練指導員 | (1)機能訓練指導員を1名以上配置していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者が配置されていますか。 ※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師又は一定の実務経験を有するはり師、きゅう師。 ※一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 ⇒ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. 従業者の員数【共用型】 | 施設を共用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又は地域密着型介護老人福祉施設(本体施設)の利用者、入居者又は入所者と、認知症対応型通所介護の利用者の合計した利用者数に対し、本体施設の配置基準に応じた従業者を配置していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. 利用定員【単独型・併設型】 | 利用定員は、単位ごとに規定のとおりとなっていますか。 ➢単独型、併設型は12人以下 ➢共用型は1日当たり3人以下 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. 管理者 | (1)事業者は、認知症対応型通所介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を配置していますか。 ただし、認知症対応型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切ですか。 →下記の事項について記載してください。 ・兼務の有無(有・無) ・当該事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名 職名:() ・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名及び兼務事業所における1週間当たりの勤務時間数 事業所名:() 職種名:() 勤務時間:() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3)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」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ⅲ 設備に関する基準 | | | | |
| 1. 設備等 | (1)食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有していますか。また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びにサービスの提供に必要なその他の設備、備品等を備えていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。 ※食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ機能訓練を行う際には、その実施に支障がない広さを確保できていれば、同一の場所として可。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3)相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないようプライバシーに配慮されていますか。 | <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 | 消防法その他の法令等に規定された、消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設置していますか。 また、消火器の設置について、利用者が直接触れることができない措置を講じていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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 | |
| IV 運営に関する基準 | | | | |
| 1. 内容及び手続きの説明及び同意 | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. 提供拒否の禁止 | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. サービス提供困難時の対応 | 自ら適切なサービスを提供することが困難な場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業者等の紹介、その他の必要な措置を速やかに講じていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. 受給資格等の確認 | 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、負担割合証を確認しているか。 (確認方法:) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護サービスを提供するように努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. 要介護認定の申請に係る援助 | (1)利用申込者が要介護認定又は要支援認定を受けていない場合は、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)利用者が要介護認定又は要支援認定を申請していない場合は、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が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"/> | |
| 6. 心身の状況等の把握 | サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況等、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況の把握に努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. 居宅介護支援事業者等との連携 | 介護サービスを提供する場合又はサービスの提供の終了に際しては、居宅介護支援事業者(※)その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 ※介護予防事業においては、介護予防支援事業者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 | 利用申込者又はその家族に対して、法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明するとともに、法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 | 居宅サービス計画(※)が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。 ※介護予防事業においては、介護予防サービス計画 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. 居宅サービス計画等の変更の援助 | 利用者が居宅サービス計画(※)の変更を希望する場合は、利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っていますか。 ※介護予防事業においては、介護予防サービス計画 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. サービスの提供の記録 | (1)介護サービスを提供した際は、利用者に代わって支払いを受けるサービス費の額その他必要な事項を書面に記録していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)事業者は、サービスを提供した際は、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. 利用料等の受領 | (1)法定代理受領サービスを提供した際は、その利用者から利用料の一部として利用者負担分の支払を受けていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に差額を設けていませんか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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. 利用料等の受領 | (3)下記の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、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。 | | | |
| | ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ②通常要する時間を超えるサービス提供で利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額または居宅支援サービス費用基準額を超える費用 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤指定認知症対応型通所介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担とさせることが適当と認められる費用 | □ | □ | |
| | (4)(3)の③に掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものですか。 | □ | □ | |
| | (5)事業者は、(3)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、当該サービスの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。 | □ | □ | |
| 13. 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) | □ | □ | |
| 14. 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針 | (1)利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。 | □ | □ | |
| | (2)自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図られていますか。 | □ | □ | |
| 15. 指定介護予防認知症対応型通所介護の基本取扱方針 | (1)介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。 | □ | □ | |
| | (2)事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | |
| | (3)事業者は、サービスの提供に当たり、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。 | □ | □ | |
| | (4)事業者は、利用者がその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配慮していますか。 | □ | □ | |
| | (5)事業者は、サービスの提供に当たり、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。 | □ | □ | |
| 16. 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針 | (1)介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | |
| | (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。 | □ | □ | |
| | (3)介護の提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助が行われていますか。 | □ | □ | |
| | (4)介護従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧にすることを旨とし、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。 | □ | □ | |
| | (5)サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩等に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っていますか。 | □ | □ | |
| | (6)介護は、常に利用者の心身の状況を適切に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供していますか。 | □ | □ | |

| 点検項目 | 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 | |
| 17. 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針 | (1)サービス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、サービス担当者会議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的確な把握を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2)事業所の管理者は、(1)に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、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通所介護計画を作成していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3)介護予防認知症対応型通所介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (4)事業所の管理者は、介護予防認知症対応型通所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)事業所の管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画を作成した際は、当該介護予防認知症対応型通所介護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、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (7)サービスの提供に当たっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って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"/> | |
| | (8)サービスの提供に当たっては、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、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"/> | |
| | (9)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"/> | |
| | (10)サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (11)従業者は、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該計画の実施状況の把握 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (12)事業所の管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | (13)事業所の管理者は、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通所介護計画の変更を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (14)(13)に規定する介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行うに当たっては、(1)から(12)までの規定に準じて行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. 認知症対応型通所介護計画の作成 | (1)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、機能訓練等の目標、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認知症対応型通所介護計画を作成していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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 | |
| 18. 認知症対応型通所介護計画の作成 | (2) 認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画の内容に添って作成していますか。又必要に応じて変更していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3) 認知症対応型通所介護計画の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (4) 認知症対応型通所介護計画を利用者に交付していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (5) 提供したサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. 利用者に関する市への通知 | 利用者が以下の事項に該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知していますか。 | | | |
| | (1) サービス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と認められる場合 (2) 偽りその他不正な行為により給付を受けた又は受けようとした場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. 緊急時等の対応 | 利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医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"/> | |
| | 21. 管理者の責務 | (1) 管理者は、従業者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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 管理者は、従業者に認知症対応型通所介護の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"/> | |
| 22. 運営規程 | 以下の事項を運営規程に定めていますか。 | | | |
| | (1) 事業の目的及び運営の方針 (2) 従業者の職種、員数及び職務内容 (3) 営業日及び営業時間 (4) 指定認知症対応型通所介護の利用定員 (5) 指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 (6) 通常の事業の実施地域 (7) サービス利用に当たっての留意事項 (8) 緊急時等における対応方法 (9) 非常災害対策 (10) 虐待の防止のための措置に関する事項 (11) その他運営に関する重要事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23. 勤務体制の確保等 | (1) 利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制(日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等)を定めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2) 当該事業所の従業者等によってサービスを提供していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3) 従業者の資質の向上のために、従業者に対して研修の機会を確保していますか。 | <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"/> | |
| 24. 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"/> | |

| 点検項目 | 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. 業務継続計画の策定等 | (2) 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1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"/> | |
| 25. 定員の遵守 | 利用定員を超えて指定通所介護の提供を行っていませんか。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。 ※共用型の場合、1日の同一時間帯に3人を超えていませんか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 26. 非常災害対策 | (1) 立地環境に応じ、火災、風水害、地震、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。 ・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るか。 ・上記計画に以下の項目が含まれているか。 ・介護保険施設等の立地条件(地形等) ・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) ・災害時の連絡先及び通信手段の確認(自治体、家族、職員等) ・避難を開始する時期、判断基準(「避難準備情報発令」時等) ・避難場所(市町村指定避難場所、施設内の安全スペース等) ・避難経路(避難場所までのルート(複数)、所要時間等) ・避難方法(利用者ごとの避難方法(車イス、徒歩等)) ・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) ・関係機関との連携体制 ※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。 | <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"/> | |
| | (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。 → 過去3年間の避難訓練等の内容及び実施日 避難訓練等の内容 実施日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。 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) | | | |
| | (6) (4)の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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 | |
| 27. 衛生管理等 | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。 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、従業者に周知徹底を図ること。 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。 ③ 当該事業所において、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実施すること。 過去3年間のレジオネラ属菌検査実施日※浴槽がある場合のみ記載 () () () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 28. 掲示 | 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。 ※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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29. 秘密保持等 | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。(サービス提供開始時における包括的な同意で可) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30. 広告 | 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になっていませんか。 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業者(※)又はその従業者に対して、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させ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。 ※介護予防事業においては、介護予防支援事業者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 32. 苦情処理 | (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるため受付の窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2) (1)の苦情を受け付けた場合は、その内容等を記録していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3) 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (4) 提供したサービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出等に応じ、利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合は、その指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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 | |
| 32. 苦情処理 | (5)市からの求めがあった場合には、(4)の改善の内容を市に報告していますか。 →事例:(有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (6)提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合は、その指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。 →事例:(有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (7)国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。 →事例:(有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 33. 虐待の防止 | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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、従業員に周知徹底を図ること。 | | | |
| | (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。 | | | |
| | (3)事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 | | | |
| 34. 地域との連携等 | (4)(1)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。 | | | |
| | (1)事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者等が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。 →運営推進会議の開催月 今年度() 前年度() 前々年度() | | | |
| | (2)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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (3)事業の運営に当たっては、提供した認知症対応型通所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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (4)事業者は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービス護の提供を行うよう努めていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 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 | |
| 35. 事故発生時の対応 | (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。 →事故事例:(有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。 | | | |
| | (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。 →損害賠償保険への加入(有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 36. 高齢者虐待の防止 | 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。 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、従業者に周知徹底を図ること。 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。 ③事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 36. 会計の区分 | 事業所ごとに経理を区分するとともに、認知症対応型通所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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 37. 記録の整備 | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 38. 電磁的記録等 | 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。 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 39. 変更等の届出 | 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。 ①事業所の名称及び所在地 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 ③登記事項証明書または条例等 ④建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 ⑤事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ⑥運営規程 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |