

令和2年度

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 自己点検シート

◎提出の必要はありませんが、実地指導当日提示を行うことができるように点検を行って下さい。

作成年月日	令和 年 月 日
事業所番号	
事業所名	
担当者名	

* 本書において「条例」とは津山市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例を表します。

* 本書において「青」とは、『介護報酬の解釈(平成30年4月版)単位数表編』を表します。

* 本書において「赤」とは、『介護報酬の解釈(平成30年4月版)指定基準編』を表します。

* 全ての設問のいずれかの口に☑をつけてください。(過去1年間、設問に該当が無い場合「無」欄に☑してください。)

* 実地指導時に限らず、定期的に本自己点検シートの活用などにより基準の遵守状況の確認を行うようにしてください。

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
第1 基本方針				
① 指定認知症対応型共同生活介護の事業運営の方針は、「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となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p484(第89条) 赤p1069(第69条) ・運営規定 ・重要事項説明書 ・パンフレット等
② 運営規定、パンフレット、その他利用者に説明する文書は、法令、規則等に反した内容になっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(注)「認知症」の定義:(介護保険法第5条の2(妙))「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能その他の認知機能が低下した状態」 (*認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)				
第2 人員に関する基準				
* 指定認知症対応型共同生活介護事業者と介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、介護予防認知症対応型共同生活介護従業者の員数を満たすことをもって、従業者の員数を満たしていることとみなすことができる。				赤p484～(第90条) 赤p1061～(第70条) ・勤務実績表(常勤・非常勤の別、日々の勤務、専従、兼務状況が明らかなもの) ・資格を証する文書 ・辞令、雇用契約書等
【1 従業者の員数等】				
(1)介護従業者				
①夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に、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以上の配置を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②夜間及び深夜の時間帯に1以上配置を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③介護従業者のうち1以上は常勤となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)計画作成担当者				
①共同生活住居ごとに配置できているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②少なくとも1人は介護支援専門員をもって充てているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③介護支援専門員でない計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員その他認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者をもって充てているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務の監督を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤計画作成担当者は、認知症介護実践研修(実践者研修)(旧基礎課程を含む。)を修了しているものをもって充てているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥計画作成担当者は、当該共同生活住居以外の他の介護保険施設等の職務を兼務していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【2 管理者】				
①常勤専従1名の管理者が配置できているか。 *ただし、事業所の管理上支障がない場合は、下記のA、Bとの兼務可。 A:当該事業所の他の職務 B:同一敷地内等にある他の事業所、施設等の職務 ＝兼務する職が当該事業所の管理業務に支障が生じるような場合は兼務不可 ※兼務不可と考えられる例:管理者と訪問介護員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p487(第91条) 赤p1062～(第71条) ・勤務実績表(常勤・非常勤の別、日々の勤務、専従、兼務状況が明らかなもの) ・管理者研修修了証 ・辞令、雇用契約書等

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
②管理者は適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供するために必要な知識と経験を有し、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、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員として、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あって、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を終了しているか。	<input type="checkbox"/>	<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】 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、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員として、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あって、「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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p487～(第92条) 赤p1063(第72条) ・事業代表者研修修了証
第3 設備に関する基準				
* 指定認知症対応型共同生活介護事業者と介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、上記事業のうちいずれかの設備基準を満たすことをもって、両事業における次項の設備基準を満たしているとみなすことができる。				赤p489～(第93条) 赤p1063～(第73条) ・施設平面図等 ・消防計画(これに準ずる計画を含む) ・消防設備点検結果等
①共同生活住居の入居定員は5人以上9人以下となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③1の居室の定員は1人となっているか。*ただし、夫婦で利用するなど、利用者の処遇上必要と認められる場合は2人とすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④1の居室の床面積は、7.43㎡以上となっているか。(平成18年4月1日時点で7.43㎡を下回る面積の居室を有している場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤消防法その他の法令等に規定された設備(自動火災報知機、自動火災通報装置、消火器、スプリンクラー設備等)を確実に設置できているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥たばこ、ライター等の適切な管理や消火・避難訓練の徹底など、防火体制の強化を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦居間及び食堂は、利用者と介護従業者が一堂に会するのに十分な広さ及び機能を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧設備は、専ら認知症対応型共同生活介護の事業の用に供するものか。(通所介護の提供に支障がなければ、この限りではない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第4 運営に関する基準				
【1 内容及び手続きの説明及び同意】 (1)重要事項を記した文書を交付して、懇切丁寧に説明を行っているか。 ・利用申込者の同意は、できる限り書面にて得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例129条(準用第10条第1項) 赤p491(第3条の7) ・重要事項説明書
(2)重要事項を記した文書はわかりやすいか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・その他、利用に際して取られた同意書等
(3)不適切な事項や漏れはないか。 ※重要事項必須項目 ①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
【2 提供拒否の禁止】 (1) 正当な理由なくサービスの提供を拒んでいないか。 ※正当な理由の例 ①事業所の現員では対応しきれない。 ②利用者の居住地が実施地域外である。 ③適切な介護を提供することが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p492(第3条の8) ・利用申込書 ・サービス提供を拒むこととなった正当な理由が分かる文書等
(2) 特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【3 受給資格等の確認】 (1) サービス提供を求められた場合、以下の要件を被保険者証によって確認しているか。 ①被保険者資格 ②要介護認定等の有無 ③要介護認定等の有効期間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p492(第3条の10) ・参照した被保険者証の写等 ・認定審査会意見が記載されている場合に取られた措置が分かる文書、記録等
(2) 確認した後は、利用者へ被保険者証を返却しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 認定審査会意見が記載されている場合は、それに配慮したサービスを提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【4 要介護認定等の申請に係る援助】 (1) 要介護認定を受けていない場合は、説明を行い、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p492(第3条の11) ・認定有効期間管理に関する文書等
(2) 更新の申請は、有効期間の終了する60日前から、遅くとも30日前にはなされるよう必要に応じて援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【5 入退居】 (1) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により認知症である者であることの確認を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p493(第94条) 赤p1064(第74条) ・主治医の診断書等 ・アセスメントに関する記録 ・サービス提供を行えなかった場合の採られた措置の分かる文書等 ・退居時の援助のために採られた措置の分かる文書等
(2) 入居申込者が入院治療を要する者であること等自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合には適切な他の認知症対応型共同生活事業者、介護保険施設、病院等を紹介する等の適切な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 入居に際しては、入居希望者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 利用者の退居の際には、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うと共に、居宅介護支援事業者等への情報提供及び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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【6 利用料等の受領】〔法定代理受領サービスに該当する場合〕 (1) 「介護保険負担割合証」に記載された負担割合相当額の支払いを受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p494(第96条) 赤p1064～(第76条) ・請求書、領収書(控) ・運営規定 ・重要事項説明書 ・負担割合証の写し ＊通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年3月30日老企第54号) (最終改正:平成24年3月30日) → 赤1194頁
〔法定代理受領サービスに該当しない場合〕 (2) 10割相当額の支払を受けているか。 ・基準額との間に不合理な差額が生じていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
〔その他の費用の支払を受けている場合〕 (3) 上記(1)(2)のほか、次の①～④の額以外の支払を受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①食材料費の徴収を行う場合は、運営規定に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②理美容費の徴収を行う場合は、運営規定に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③おむつ代の徴収を行う場合は、運営規定に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④その他の日常生活費の徴収を行う場合には、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年3月30日老企第54号)」の規定に基づき、適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
・上記①～④のほか、「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中に、支払を受けることができないもの(保険給付の対象となっているサービス)が含まれていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中で、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われているか。 (積算根拠は明確にされているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) (3)の支払を受ける場合には、その内容及び費用について予め利用者又はその家族に対して説明を行い、同意を得ているか。 ・上記の同意は、文書により行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 利用料等の支払を受けた都度、領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 領収証については、保険給付に係る利用者負担部分と保険給付外サービス部分(個別の費用ごとに明記したもの)に分けて記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*「その他の日常生活費」とは区分される費用(嗜好品購入費等)についても、同様の取扱いとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*課税の対象外のものに消費税を賦課していないか。 部分(個別の費用ごとに明記したもの)に分けて記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【7 保険給付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サービスを提供した場合〕 (1) サービスの内容、費用の額等を記したサービス提供証明書を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p495(第3条の20) ・サービス提供証明書
【8 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針】 (1) 指定認知症対応型共同生活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・適切に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例118条8項 赤p495～(第97条) ・介護計画書 ・介護記録等
(2) 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いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・身体的拘束の実施に関する記録
(3) 介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・自己・外部評価結果書等
(4) 介護従業者は指定認知症対応型共同生活介護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て、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えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「岡山県地域密着型サービス事業者評価実施要領」 〔市独自基準〕
(5) 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いて身体的拘束等を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) (5)の身体的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い理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じているか。 ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。 ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 ③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(年2回以上及び新規採用時)に実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 少なくとも年度に1度以上、自己・外部評価の実施を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9) 必要に応じ、成年後見制度の活用についても配慮しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
【9 認知症対応型共同生活介護計画の作成】				赤p498～(第98条)
(1)管理者は、計画作成担当者に介護計画に関する業務を担当させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・介護計画書
(2)介護計画の作成に当たっては、通所介護の活用、地域における活動への参加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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・アセスメントに関する記録 ・モニタリングに関する記録
(3)計画作成担当者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・介護計画の説明、同意の状況を示す文書等
(4)計画作成担当者は、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家族に対して説明を行い、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)計画作成担当者は、介護計画の作成の後も他の介護従業者等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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)介護計画の変更の際にも(2)から(5)に準じた取扱いができていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)居宅サービス計画に基づく短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合に、求めがあった場合は当該計画の提供に協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【10 介護等】				条例120条4項 赤p499(第99条)
(1)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介護が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)利用者の負担により、当該事業所の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)利用者の食事には地域で生産された旬の食材を活用し、季節、行事等に応じた食事となるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【11 社会生活上の便宜の提供等】				赤p499～(第100条)
(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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・介護記録
(2)利用者が日常生活を行う上で必要な行政機関に対する手続き等について、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、代わって行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・家族との連携及び交流の機会の確保等に関する記録等
(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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【12 利用者に関する市町村への通知】				赤p500(第3条の26)
(1)利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しているか。				・市町村への通知に関する文書等
①正当な理由なしに指定認知症対応型共同生活介護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と認められるとき。	<input type="checkbox"/>	<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とき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
るか。				
【13 管理者による管理】				赤p501(第101条) 赤p1065(第78条)
(1)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、指定介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの事業を行う病院、診療所又は、社会福祉施設を管理する者となっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*ただし、同一敷地内にあるなど、共同生活住居の管理上支障のない場合は、この限りではない。				

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
【14 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あらかじめ定められた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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p500(第80条) ・緊急時等に採られた措置の分かる文書等
【16 管理者の責務】 (1) 管理者は、事業所の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るか。 (2) 管理者は、従業員に「運営に関する基準」を遵守させるための指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p500(第28条)
【17 運営規定】 (1) 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定を定めているか。 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指定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 ⑦その他運営に関する重要事項 (2) ⑥の非常災害対策には、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画となっているか。 (3) ⑦のその他運営に関する重要事項として、当該利用者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続きについての定めがあるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p501(第102条) 赤p1065(第79条) ・運営規定
【18 勤務体制の確保等】 (1) 利用者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供できるよう、従業員の勤務の体制を定めているか。 (2) 勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるように、継続性を重視したサービスの提供に配慮しているか。 (3) 介護従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。また、その研修には利用者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項を含んでいるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例124条4項 赤p501～(第103条) 赤p1066(第80条) ・勤務表 ・研修の受講状況の記録等 [市独自基準]
【19 非常災害対策】 (1) 利用者の状態及び地域の自然的社会的条件を踏まえ、想定される非常災害の種類ごとに、その規模及び被害の程度に応じた当該非常災害への対応に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例129条(準用第103条) {赤p502～(第82条の2)} ・消防計画、その他自然災害等に対処するための計画 ・避難訓練等の実施の記録
【20 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るか。 (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必要な措置を講じているか。 (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置について、必要に応じて、保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。 (4) 空調設備等により施設内の適温(湿度)の確保に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p503(第33条) ・衛生管理マニュアル等 ・保健所からの指導、助言に関する文書

確 認 事 項	適	否	無	根拠・確認書類等
【21 定員の遵守】 (1)災害その他のやむを得ない事情がある場合を除き、利用定員及び居室の定員を超える利用者を入居させていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p502(第104条) 赤p1066(第81条)
【22 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p502(第105条) 赤p1066(第82条)
(2)協力歯科医療機関を定めておくよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・協力医療機関との契約書等
(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のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【23 掲示】 (1)事業所の見やすい場所に、運営規定の概要、介護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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p503(第3条の32) ・重要事項説明書 ・自己・外部評価結果 ・パンフレット等
【27 秘密保持等】 (1)利用者の個人記録の保管方法は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p503～(第3条の33)
(2)秘密保持のため、必要な措置を講じているか。 (例えば、就業規則に盛り込む等、雇用時の取り決め等を行っているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・秘密保持のため取られている措置の分かる文書(従業者に対して取られた確約書、利用者、家族の同意書等)
(3)サービス担当者会議など部外で個人情報を用いる場合は、利用者(家族)に適切な説明(利用の目的、配布される範囲など)がされ、文書による同意を得ているか。同意内容以外の事項まで情報提供していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【28 広告】 (1)広告する際には、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p504(第3条の34) ・パンフレット等
【29 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止】 (1)居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者の紹介の対償として金品その他財産上の利益供与を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p504(第106条) 赤p1066(第83条)
(2)居宅介護支援事業者又はその従業者から、退去者の紹介の対償として金品その他財産上の利益供与を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【30 苦情処理】 (1)苦情を処理する相談窓口があるか。 ・苦情処理の体制、手続きが定められているか。 ・苦情に対する措置の概要について、使用者及びその家族に適切に説明しているか。重要事項説明書に記載されているか。 ・苦情に対する措置の概要を掲示しているか。 ・苦情に対して速やかに対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p504～(第3条の36) ・苦情に関する措置の概要 ・(苦情を受け付けた場合)苦情の内容、取られた措置等に関する記録
(2)苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)市町村が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合に改善を行っているか。市町村との連携は図られているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)市町村の求めがあった場合には、(4)の改善内容を市町村に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)国保連が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合には改善を行っているか。国保連との連携は図られているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
(7) 国保連の求めがあった場合には、(6)の改善内容を国保連に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【31 事故発生時の対応】				赤p507(第3条の38)
(1) 事故発生時の連絡体制が整えられているか。 (市町村, 家族, 支援事業者等に対して)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・事故発生時の対応マニュアル等 ・事故発生時に取られた措置、 再発防止策等の分かる文書等
(2) 事故の状況及び事故に際してとった処置を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 賠償すべき事故が生じた場合, 速やかに損害賠償を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 事故が発生した際には, その原因を解明し, 再発防止策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【32 会計の区分】				赤p507頁(第3条の39)
(1) 事業所ごとの経理区分となっているか。 (指定認知症対応型共同生活介護の会計とその他の事業の会計を区分しているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・会計に関する記録
(2) 具体的な会計処理方法については, 「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」(H13老振18)を参考として適切に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【33 調査への協力等】				赤p505(第84条)
(1) 利用者の心身の状況を踏まえ, 妥当適切なサービスが行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに, 市町村から指導又は助言を受けた場合には, その指導又は助言に従って必要な改善が行なわれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【34 地域との連携等】				赤p506(第34条)
(1) 運営推進会議を設置し, 2ヶ月に1回以上, 運営推進会議に対し, 活動状況を報告し, 運営推進会議での評価を受けるとともに, 運営推進会議から必要な要望, 助言等を聞く機会を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営推進会議に関する記録 ・地域住民との連携の状況などの分かる文書等
(2) 運営推進会議への報告及び, 運営推進会議での評価, 要望, 助言等について記録を作成し, 公表を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事業運営にあたって, 地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力をを行うなどの地域との交流を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 事業運営にあたって, 利用者からの苦情に関して, 市町村等が派遣する者が相談, 援助を行う事業その他市町村が行う事業に協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【34 記録の設備】				条例128条2項 赤p507~(第107条)
(1) 従業者, 設備, 備品, 会計に関する諸記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【赤p1066(第84条)】 ・従業者に関する記録 ・設備に関する記録 ・備品台帳等 ・会計に関する記録 ・利用者に関する諸記録 ・苦情に関する記録 ・事故発生に関する記録 ・運営推進会議に関する記録
(2) 利用者に対する認知症対応型共同生活介護の提供に関する次の記録を整備し, その完結の日から5年間保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 介護計画				
② 提供した具体的なサービスの内容等の記録				
③ 身体的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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 【12 利用者に関する市町村への通知】に規定する市町村への通知の記録				
⑤ 苦情の内容等の記録				
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				
⑦ 運営推進会議への報告, 運営推進会議の評価, 要望, 助言等の記録				
第5 変更の届出等				
(1) 変更の届出が必要な事項は, 適切に届出されているか。 (提出期限: 変更後10日以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護保険法第78条の5第1項 介護保険法第115条の15 同法施行規則第131条の13 同法施行規則第140条の24

確 認 事 項	適	否	無	根拠・確認書類等
第6 業務管理体制整備等				
(1) 事業者の規模(指定事業所数)に応じて、必要な業務管理体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護保険法第115条の32 同法施行規則第140条の39 同法施行規則第140条の40
(2) 事業者の指定状況に応じて、所管の行政機関への必要な業務管理体制に係る届出が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 既に届出した業務管理体制に変更が生じた場合、所管の行政機関へ変更の届出を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	