

令和2年度

(介護予防)認知症対応型通所介護

自己点検シート

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 ① 単位数表編(平成30年4月版)』を表します。

* 本書において「赤」とは、『介護報酬の解釈 ② 指定基準編(平成30年4月版)』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。)

* 単独型・併設型・共用型のそれぞれについて、該当する内容のみ確認を行い該当しない内容は「無」欄に☑してください。

* 参照条文のうち、第3条の7から第3条の11まで、第3条の13から第3条の16まで、第3条の18、第3条の20、第3条の26、第3条の32から第3条の36まで、第3条の39条及び第12条については、第61条において準用するものです。

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
第1 基本方針				
① 指定認知症対応型通所介護の事業運営の方針は、「要介護状態等となった場合においても、その認知症(注)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として行う。」という基本方針に沿ったものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p417(第41条) 赤p1033(第4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8条第16項一部)「居宅要介護者であって、 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の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				
* 指定認知症対応型通所介護事業者と介護予防認知症対応型通所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通所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。				
【1 従業者の員数等】				
(1)生活相談員				
①単位ごとに、提供時間数を通じて専従で、1名以上か。 ※利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間は、相談・援助業務に支障がない範囲で、勤務時間に含めることが可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p418～(第42条) 赤p1033～(第5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)
②次のいずれかの資格又は同等以上の能力を有する者か。 ※社会福祉主事任用資格 ＝3科目主事、講習会修了者、社会福祉士、精神保健福祉士 ※同等以上の能力を有すると認められる者 ＝介護支援専門員、介護福祉士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・資格を証する文書 ・辞令、雇用契約書等
(2)看護職員・介護職員				
①単位ごとに、2名以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②内1名以上は提供時間数を通じて専従か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③②の他1名以上は提供時間数を通じて認知症対応型通所介護事業と綿密かつ適切な連携がとれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)機能訓練指導員 *当該事業所の他の職務と兼務可				
①次のいずれかの資格を有する者か。 ※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師 <u>ただし、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、当該事業者の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えない。</u> ※はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、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月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)その他				
①生活相談員、看護職員又は介護職員のうち、1名以上は常勤か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
* 共用型指定認知症対応型通所介護(GH共用型)の場合				
①従業者の員数は、当該入居者と、当該共用型認知症対応型通所介護の利用者数(実人数。定員ではない。)と合計した数について、基準90条の規程を満たすために必要な従業者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p424～(第45条) 赤p1036(第8条)
【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 通所介護管理者と訪問介護員 通所介護管理者と入所施設看護・介護職員(専従)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p421～422(第43条) 赤p426(第47条) 赤p1034～、1037(第6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
②管理者は「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"/>	
第3 設備に関する基準				
* 指定認知症対応型通所介護事業者と介護予防認知症対応型通所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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p422～(第44条) 赤p1035～(第7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 食堂及び機能訓練室、静養室、相談室、事務室があるか。(単独・併設型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② (共用型認知症対応型通所介護の場合)上記の設備基準に準じた利用者への配慮がなされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 食事提供、入浴、送迎を行うために、厨房設備、浴室、送迎用車両が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 消火設備その他の非常災害に必要な設備があるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 夜間及び深夜に単独型・併設型指定認知症対応型通所介護以外のサービスを提供する場合、指定を行った市町村長に届け出ているか。 また、届出内容に変更があった場合、10日以内に届け出るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【1 設備の基準】(単独型、併設型)				
(1) 食堂及び機能訓練室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p422～(第44条) 赤p1035～(第7条)
①合計面積が、3㎡×利用定員以上あるか。				
②通所リハビリを行うスペースが同一の部屋等の場合、スペースが明確に区分されているか。それぞれの区分が設置基準を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・施設平面図等 ・消防計画(これに準ずる計画を含む)
(2) 相談室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・消防設備点検結果等
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に配慮されているか。				
(3) 設備の専用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
設備は、専ら認知症対応型通所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。)				
(4) 消火設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
消防法その他法令等に規定された設備を設置しているか。				
(共用型認知症対応型通所介護の場合)上記の設備基準に準じた利用者への配慮がなされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
第4 運営に関する基準				
【1 認知症状の確認】				
(1) 主治医の診断書等により日常生活判定ランクの確認がなされているか。 ・要介護者の場合、日常生活判定ランクが概ねⅡa以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・主治医の診断書等 介護保険法第5条の2 平成15年10月26日老健第135号厚生省老人福祉局長通知「「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」
【2 内容及び手続の説明及び同意】				
(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、書面にて適正に徴されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例81条 赤p426(第3条の7) 赤p1037～(第11条)
(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"/>	・重要事項説明書
(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従業員の勤務体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制 ⑤利用者から事業者への緊急連絡先など	<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 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p427(第3条の8) 赤p1038(第12条) ・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"/>	
【4 サービス提供困難時の対応】				
(1) 居宅介護支援事業者等への連絡を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p427(第3条の9) 赤p1038(第13条)
(2) 他の事業者等を紹介するなどの必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅介護支援事業者への連絡等、必要な措置の経過が分かる文書、記録等
【5 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及び負担割合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 ④法定代理受領サービスの場合の負担割合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p427(第3条の10) 赤p1038(第14条) ・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及び負担割合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"/>	
【6 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p427～(第3条の11)
(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"/>	赤p1038～(第15条)
【7 心身の状況等の把握】				
(1) サービス担当者会議、本人や家族との面談等を通じて、利用者の心身の状況、置かれている環境、他の福祉サービス等の利用状況の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p428(第48条) 赤p1039(第16条) ・サービス担当者会議議事録等 ・アセスメントに係る記録等
【8 居宅介護支援事業者等との連携】				

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
(1) サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者、その他サービス提供者との連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p428(第3条の13) 赤p1039(第17条)
(2) サービスの提供の終了に際して、利用者又はその家族に対して適切な指導を行い、居宅介護支援事業者、その他サービス提供者との連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス担当者会議議事録等 ・その他、利用者、家族に対して取られた措置の分かる文書等
【9 法定代理受領サービスの提供等を受けるための援助】 【法定代理受領サービスを受けていない場合】				赤p428～(第3条の14) 赤p1039(第18条)
(1) 法定代理受領サービスを受ける要件の説明を行っているか。 ※法定代理受領サービスを受けるための要件 ①居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することをあらかじめ市町村に届け出て、 ②その居宅サービス計画に基づく居宅サービスを受けること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅介護支援事業者を紹介する等、取られた措置の分かる文書、記録等
【10 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供】				赤p429(第3条の15) 赤p1039(第19条)
(1) 計画に沿った通所介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅サービス計画書 ・サービス利用票等
【11 居宅サービス計画等の変更の援助】 【居宅サービス計画の変更を希望する場合】				赤p429(第3条の16) 赤p1040(第20条)
(1) 居宅介護支援事業者への連絡を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅サービス計画書
(2) 法定代理受領サービスとして提供するためには、支給限度額の範囲内で、居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス利用票等 ・相談援助等に関する記録
【12 サービス提供の記録】				赤p429～(第3条の18) 赤p1040(第21条)
(1) 提供した具体的なサービスの内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅サービス計画書
(2) 利用者から申し出があった場合には、適切な方法により実績の情報を利用者に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス利用票
(3) 事業所外でサービスを提供した場合、その旨の記録を保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・介護記録
(4) 事業所外でサービスを提供した場合、次の要件を満たしているか。 ①あらかじめ通所介護計画に位置づけられていること。 ②効果的な機能訓練等のサービスが提供できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・業務日誌等
【13 利用料等の受領】〔法定代理受領サービスに該当する場合〕				赤p430～(第49条) 赤p1040(第22条)
(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"/>	・請求書、領収書(控)
【法定代理受領サービスに該当しない場合】				・運営規定 ・重要事項説明書
(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】				* 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年9月7日厚生労働省告示第419号)
(3) 上記(1)(2)のほか、次の①～⑤の額以外の支払を受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→赤p1106～
①通常の事業の実施地域以外の利用者に対して行う「送迎に要する費用」は、運営規程に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* 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)
②「基準を超える(通常要する時間を超える)費用」の支払を受けている場合は、運営規程に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→赤p1112～
③食事の提供に要する費用の支払を受けている場合は、運営規程に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④「おむつ代」の支払を受けている場合は、運営規程に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤「その他の日常生活費」の支払を受けている場合は、運営規程に従い適正に徴収されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
が含まれていないか。				
・「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別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1割負担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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【14 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p432(第3条の20) 赤p1040(第23条) ・サービス提供証明書
【15 認知症対応型通所介護の基本取扱方針】 (1) 利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止、要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われているか。 (2) 自ら提供する認知症対応型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p432(第50条) 赤p1045(第41条) ・通所介護計画書 ・サービスの質の評価の状況を示す文書等
【16 認知症対応型通所介護の具体的取扱方針】 (1) 通所介護計画に基づき、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に必要な援助を行っているか。 (2) 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るか。 (3) 介護技術の進歩に対応した適切なサービスを提供しているか。 ・常に新しい技術を習得するため研鑽を行っているか。 (4) 心身状況の的確な把握に努めているか。 (5) 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るか。 (6) 必要に応じ、認知の状況の特性に対応したサービス提供体制を整えているか。 (7) 高齢者虐待防止、身体拘束廃止等について、事業者が適切に取り組んでいるか。 (8) 介護予防 ①管理者は、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービス提供方法等について、介護予防支援事業者へ報告しているか。 ②介護予防通所介護計画に記載した期間が終了するまでに、少なくとも1回は、モニタリングを行っているか。 ③管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を介護予防支援事業者へ報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例71条第2項 {赤p432～(第51条)} {赤p1045～(第42条)} ・通所介護計画書 ・研修の受講状況の分かる文書 ・サービス担当者会議録 ・介護予防支援事業者への報告状況の分かる文書 ・モニタリングの状況の分かる文書 ・介護予防支援事業者への情報提供(報告)状況の分かる文書 ・高齢者虐待防止、身体的拘束禁止に係る事業者の取組み状況が分かる文書

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
(9) 必要に応じ、利用者が成年後見制度の活用についても配慮しているか。 いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【17 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、その置かれている状況を踏まえて、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通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p433～(第52条) 赤p1045～(第42条) ・通所介護計画書 ・居宅サービス計画書 ・サービス担当者会議記録 ・モニタリングの状況の分かる文書
(2) 計画の作成に当っては、利用者の状況及び希望を踏まえ、把握・分析して解決すべき問題状況を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 計画作成に関し、知識・経験を有する者(介護支援専門員が望ましい。)が取りまとめを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 計画は、サービス提供に関わる従業者が共同して利用者ごとに作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画の内容にそって通所介護計画を作成しているか。 通所介護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、通所介護計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 通所介護計画の目標や内容等について、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るか。 (通所介護計画の実施状況や評価について説明を行っているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 通所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"/>	
(8) それぞれの利用者について、通所介護計画に従っ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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9) 居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から求めがあった際には、通所介護計画を提供することに協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【18 利用者に関する市町村への通知】				
(1) 通所介護を受けている利用者が、次に該当する場合は、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。 ① 正当な理由なしに通所介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等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って保険給付を受け、又は受けようとした場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p434(第3条の26) 赤p1041(第24条) ・該当者があった場合、原因となった行為、取られた措置の分かる文書、記録等
【19 緊急時等の対応】				
(1) 緊急時の主治医等への連絡体制、連絡方法が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p434(第12条) 赤p1041(第25条) ・緊急時の対応マニュアル等
【20 管理者の責務】				
(1) 管理者は、従業員の管理、業務に実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p434(第53条) 赤p1041(第26条)
(2) 管理者は、従業者に「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"/>	
【21 運営規程】				
(1) 運営規程に次の①～⑩が記載されているか。運営規程は、実際に行っているサービスの内容と合致しているか。 ① 事業の目的及び運営の方針 ② 従業者の職種、員数及び職務の内容 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p434～(第54条) 赤p1041(第27条) ・運営規定

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
⑩その他運営に関する重要事項				
【22 勤務体制の確保等】				条例75条第4項
(1) 適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務体制を月ごとに定めているか。(勤務計画が作成されているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【赤p436(第30条)】 【赤p1041(第28条)】
(2) 勤務体制が勤務表(原則として月ごと)により明確にされているか。日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員及び介護職員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・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)
(3) 当該事業所の従業者によってサービス提供が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・勤務予定表(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)
【調理、洗濯、清掃、その他業務委託を行っている場合】 その内容は適切に行えているか。(委託業務の指揮監督等を適切に行えているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・研修の受講状況の分かる文書
(4) 従業者のモラル・資質向上のため、職場内研修等を実施しているか。各種研修会に参加させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・業務委託を行っている場合、業務委託契約書、仕様書等
(5) 利用者の人権を擁護及び虐待の防止のための職場内研修等を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【23 定員の遵守】				赤p436(第31条) 赤p1042(第29条)
(1) 利用定員は守られているか。 ※GH共用型の場合1日の利用者数は共同生活住居ごと3名以下。これは、同一時間帯の定員であるので、半日しか利用しない者がいる場合には、1日の利用延べ人数は3名を超えることもある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス利用票 ・業務日誌等
【24 非常災害対策】				条例77条 【赤p436～(第32条)】
(1) 消防計画があるか。消防計画を届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【赤p1042(第30条)】
(2) 消防法等に基づいて、定期的に消防訓練、避難訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・消防計画(これに準じる計画を含む)
(3) 消防計画の樹立及び消防業務の実施は、防火管理者が行っているか。 ①甲種防火管理者＝延べ面積300㎡以上 ②乙種防火管理者＝延べ面積300㎡未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・避難訓練等の実施の記録
(4) 火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるように従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・非難等に協力してもらえる体制づくりができているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・その他自然災害等に関する防災計画等
(5) 防火管理者を置かなくてもよいとされる事業所にあつては、責任者を定め、消防計画に準ずる計画の樹立等の業務が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 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"/>	
【25 衛生管理等】				赤p437(第33条) 赤p1042(第31条)
(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の衛生管理をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・衛生管理マニュアル等
(2) 食中毒、感染症が発生、まん延しないよう必要な措置を講じているか。保健所と密接に連携しているか。保健所の指導助言に従っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・循環式浴槽の場合、検査の記録等
(3) インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、関係機関からの通知等により適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・保健所からの指導、助言に関する文書
(4) 循環式浴槽の場合、適切な管理を行っているか。 ・浴槽水の入替(週1回以上) ・ろ過装置の消毒(週1回以上) ・配管の清掃消毒(年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。 (施設内の温度設定はどの程度を目安にしているか。) (例:室内温度25℃、湿度85%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【26 掲示】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
(1) 重要事項を掲示しているか。掲示方法(場所、文字サイズ等)は適切か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p437(第3条の32)
(2) 掲示事項は全て掲示されているか。 ① 運営規程の概要 ② 従業員の勤務体制 ③ 苦情に関する措置の概要 ④ 利用料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p1042(第32条) ・重要事項説明書等掲示物
(3) 掲示事項の内容、実際に行っているサービス内容、届け出ている内容が一致しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【27 秘密保持等】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p437(第3条の33)
(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p1042(第33条)
(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(従業員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】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p438(第3条の34)
(1) 虚偽又は誇大な内容の広告となっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p1042(第34条)
(2) 広告の内容が、施設の概要や運営規程と異なる点はないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・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の禁止】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p438(第3条の35)
(1) 居宅介護支援事業者又はその従業員に対し、金品その他の財産上の利益を供与していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p1042(第35条)
【30 苦情処理】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p438～(第3条の36)
(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p1042～(第36条) ・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"/>	
(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】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤p440～(第35条)
(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"/>	赤p1043(第37条)
(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"/>	・事故発生時に取られた措置の分かる文書等
(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"/>	・事故の再発防止に関して取られた措置の分かる文書等
(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"/>	
(5) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護以外のサービスの提供により事故が発生した場合は上記に準じた措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認事項	適	否	無	根拠・確認書類等
【32 会計の区分】				
(1) 事業所ごとの経理区分となっているか。 (通所介護事業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"/>	赤p441(第3条の39) 赤p1043(第38条)
(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"/>	・会計に関する記録
【33 地域との連携等】				
(1) 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"/>	赤p439～(第34条) 赤p1043～(第39条)
(2) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・地域住民との連携の状況などの分かる文書等
【34 記録の設備】				
(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"/>	条例80条第2項 【赤p441(第60条)】
(2) 利用者に対する指定認知症対応型通所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。				【赤p1044(第40条)】
①通所介護計画				・従業者に関する記録
②提供した具体的なサービスの内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・設備に関する記録
③市町村への通知に係る記録				・備品台帳等
④苦情の内容等の記録				・会計に関する記録
⑤事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録				・利用者に関する記録
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
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
(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"/>	同法施行規則第140条の40
(3) 既に届出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"/>	