**共用型　（介護予防）認知症対応型通所介護自主点検表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | |
| 法　人　名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者（理事長）名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  | |  | 共用型（介護予防）認知症対応型通所介護 | |
| 事務所 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 記入担当者職・氏名 | | （職）　　　　（氏名） | | | | | | | | | | | | 連絡先電話番号　　　　－　　　　　－ |

* 自主点検表記載にあたっての留意事項

1. チェック項目の内容を満たしているものについては「できている」、そうではないものは「できていない」に、

該当しない内容については、「該当なし」にチェックをしてください。

1. その他については、具体的に記載してください。

Ⅰ（基本方針）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | | **該当なし** |
| 基本方針  （認知症対応型通所介護） | 運営方針は、要介護状態となった場合についても、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となっていますか。 | □ | | □ | □ |
| （介護予防認知症対応型通所介護） | 運営方針は、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すか。 | □ | | □ | □ |

Ⅱ（人員の配置）

| **項　　目** | **内　　　　　　容** | **できている** | | **できていない** | **該当なし** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【共用型】  （常勤者の1週当たりの勤務時間数）  　　　　　　　時間  （事業所で定める日中時間帯）  　　　　時　　　分から  　　　　時　　　分まで | 当該指定認知症対応型通所介護の利用者の数と共用施設の入居者の数を合計した数が３又はその端数を増すごとに１以上となっていますか。  （例）常勤者の勤務時間が週40時間→1日８時間  　　　日中時間帯　9：00～20：00  　　　入居者定員９名＋通所定員３名＝12名  　　　日中時間帯に、介護従業者の勤務時間数として  　　　８時間×定員12人／３＝32時間  　　　が確保されているかどうか。 | □ | □ | | □ |
| ※ ３時間以上４時間未満及び４時間以上５時間未満の報酬を算定している利用者については1/2、５時間以上６時間未満及び６時間以上７時間未満の報酬を算定している利用者については3/4、７時間以上８時間未満及び８時間以上９時間未満の報酬を算定している利用者については１を乗じて、利用者数を換算していますか。 | □ | □ | | □ |
| 管理者 | 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 | □ | □ | | □ |
|  | 兼務である場合は、次のとおりですか。   1. 当該事業所の介護従業者としての職務に従事する場合 2. 本体事業所等の職務に従事する場合 3. 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者としての職務に従事する場合   ※　当該事業所の管理上支障がない場合、当該共用型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事し、かつ、同一敷地内の本体事業所等の職務に従事しても差し支えない。 | □ | □ | | □ |
|  | 認知症介護実践者研修及び認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していますか。 | □ | □ | | □ |

Ⅲ（事業の運営）※介護予防認知症対応型通所介護含む

| **項　　目** | **内　　　　　　容** | | **できている** | | **できていない** | **該当なし** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内容及び手続の説明及び同意 | サービスの提供開始前に、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| サービスの内容及び利用料金等について利用者の同意を得ていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 重要事項説明には、運営規程の概要、認知症対応型通所介護従業者の勤務の体制、その他利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を記載していますか。  （重要事項説明書記載事項）   |  |  | | --- | --- | | 事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先） | 有　・　無 | | 運営規程の概要（目的・方針・従業者の職種・員数及び職務内容・利用定員など） | 有　・　無 | | 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有　・　無 | | 設備の概要 | 有　・　無 | | 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（基本サービス費・加算関係・その他の費用等） | 有　・　無 | | 利用料の請求及び支払い方法について等 | 有　・　無 | | サービスの利用にあたっての留意事項 | 有　・　無 | | 衛生管理について | 有　・　無 | | 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む） | 有　・　無 | | 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有　・　無 | | 非常災害対策について | 有　・　無 | | 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有　・　無 | | 身体拘束の原則禁止について | 有　・　無 | | 苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有　・　無 | | 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近年月日、評価機関名称、結果開示状況） | 有　・　無 | | 運営推進会議について | 有　・　無 | | その他サービスの選択に資すると認められる重要事項 | 有　・　無 | | | □ | | □ | □ |
| 提供拒否の禁止 | 正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。  ・要介護状態や所得の多寡等を理由にサービスの提供を拒否していませんか。  (提供を拒むことのできる正当な理由)  　①　当該事業所の現員から利用申込に応じきれない場合  　②　利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合  ※ 正当な理由によりサービス提供を拒否した場合にあっては、拒否したことの正当性を明らかにしておくために、その内容について記録すること | | □ | | □ | □ |
| サービス提供困難時の対応 | サービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定認知症対応型通所介護事業者等の紹介その他必要な措置を速やかに行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 受給資格及び介護保険負担割合証の確認 | 利用申込者の被保険者証及び介護保険負担割合証で、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、負担割合を確認していますか。  （確認の具体的な方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | □ | □ |
|  | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供を行うに際し、その意見を考慮していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 要介護認定の申請に係る援助 | サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない場合であって、必要と認めるときは、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日の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。 | | □ | | □ | □ |
| 心身の状況の把握 | サービスの提供に当たって、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、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等の把握をしていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 指定居宅介護支援事業者等との連携 | 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。 | | □ | | □ | □ |
| サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者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も密接な連携に努めていますか。。 | | □ | | □ | □ |
| 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、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、サービスの提供を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こと、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の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。 | | □ | | □ | □ |
| 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には、居宅サービス計画に沿ったサービス提供をしていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 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（利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、当該サービスを法定代理受領サービスとして行う等のために居宅サービス計画の変更が必要となった場合で、事業者からの当該変更の必要性に対し利用者が同意する場合を含む。）は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡、その他必要な援助を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| サービス提供の記録 | 利用者、事業者の双方が、サービス提供実績等の確認を行えるよう、また、利用者の心身の情況等把握したことについて、今後のサービス提供に活かすため記録をとっていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 記録には、次の内容が記載されていますか。  ・サービス提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況等 | | □ | | □ | □ |
| 送迎の記録（送迎担当者、事業者及び利用者宅の発着時間等）を記録していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 服薬管理を行っている場合、当該記録をとっていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を提供していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 利用者ごとに記録簿を作成し、利用者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、そのサービス提供のあった日から５年間保存していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 利用料等の受領 | 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、利用料の一部として、サービスに係る地域密着型サービス費用基準額のうち利用者の負担割合に応じた額の支払を受けていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 利用料について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際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定認知症対応型通所介護に係る地域密着型サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じないようにしていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 介護保険給付の対象となる指定認知対応型通所介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をしていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | ①　利用者又はその家族に対し、当該事業が指定認知症対応型通所介護とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | ②　当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定認知症対応型通所介護事業所の運営規程とは別に定められていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | ③　会計が指定認知症対応型通所介護の事業の会計と区分されていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 通常の事業の実施地域内でサービス提供を行う場合、交通費の支払いを受けていませんか。  ※　通常の事業の実施地域内における送迎に係る費用は算定単位に含まれている。 | | □ | | □ | □ |
|  | 利用料のほかに、下記に掲げる費用以外の支払いを受けていませんか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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　指定認知症対応型通所介護に通常要する時間を超える指定認知症対応型通所介護であって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、通常の指定認知症対応型通所介護に係る地域密着型介護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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用（その他日常生活費） | |  | |  |  |
|  | 利用者から支払いを受けることができる費用について、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。 | | □ | | □ | □ |
| （その他日常生活費） | ⑤の「その他の日常生活費」の受領については、下記に掲げる基準が遵守されていますか。  ※　「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）」参照 | | □ | | □ | □ |
|  | 費用徴収に当たっては、利用者の希望によって、身の回り品及び教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に限っていますか。  ※　事業者がすべての入居者に対して一律に提供し、すべての入居者からその費用を画一的に徴収することは認められない。 | | □ | | □ | □ |
|  | 対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないか。  ※　事業所のサービス提供の一環として全体で行うレクリエーション費（利用者の希望により参加するクラブ活動や行事等は除く。）は基本報酬に含まれているため、別途徴収は不可。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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、費用の内訳が明らかにされていますか。  ※　あいまいな名目による費用の受領は不可。 | | □ | | □ | □ |
|  | 利用者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならないため、徴収するにあたっては事前に十分な説明を行い、その同意を得ていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 運営規程において定めるとともに、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 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（償還払い）指定認知症対応型通所介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定認知症対応型通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる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。 | | □ | | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針 | 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、計画的に行われていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 自らその提供する指定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ますか。 | | □ | | □ | □ |
| 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針 | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | サービス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、漫然かつ画一的にならないように、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を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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、理解しやすいよう説明を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、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機能に添って適切に提供していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 認知症対応型通所介護計画の作成 | 管理者は、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、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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 認知症対応型通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 既に居宅サービス計画が作成されている場合、当該内容に沿って認知症対応型通所介護計画を作成していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 認知症対応型通所介護計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該計画が居宅サービス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ますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 認知症対応型通所介護計画の作成に当たって、利用者又はその家族に対し、その内容を説明し、利用者の同意を得ていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 認知症対応型通所介護計画の目標及び内容について、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 管理者は、認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | それぞれの利用者について、認知症対応型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ますか。 | | □ | | □ | □ |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の基本取扱方針 | 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。 | | □ | | □ | □ |
| 自らその提供する指定介護予防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ますか。 | | □ | | □ | □ |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たり、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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たり、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。 | | □ | | □ | □ |
| 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針 | 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や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の的確な把握を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 管理者は、上記に規定する利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、指定介護予防認知症対応型通所介護の目標、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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 管理者は、介護予防認知症対応型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理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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には、当該計画を利用者に交付していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所介護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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所介護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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所介護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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所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、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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 指定介護予防認知症対応型通所介護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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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提供の開始時から、当該介護予防認知症対応型通所介護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、当該介護予防認知症対応型通所介護計画の実施状況の把握(以下、「モニタリング」)を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて上記に定める基準に従い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。 | | □ | | □ | □ |
| 利用者に関する市町村への通知 | サービスを受けている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ますか。  ①　正当な理由なしに（介護予防）認知症対応型通所介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。  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。 | | □ | | □ | □ |
| 緊急時の対応 | 現にサービスの提供を行っているときに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への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。  　措置の具体的内容： | | □ | | □ | □ |
| 管理者の責務 | 管理者は、従業者の管理及び利用申込に係る調整、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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 管理者は、当該事業所の従業者に、必要な指揮命令を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 運営規程 | 以下の事項を運営規程に定めていますか。   |  |  | | --- | --- | | 事業の目的及び運営の方針 | 有・無 | | 従業者の職種、員数及び職務内容 | 有・無 | | 営業日及び営業時間 | 有・無 | | 指定（介護予防）認知症対応型通所介護の利用定員 | 有・無 | | 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 | 有・無 | | 通常の事業の実施地域 | 有・無 | | サービスの利用に当たっての留意事項 | 有・無 | | 緊急時等における対応方法 | 有・無 | | 非常災害対策について | 有・無 | | 虐待防止のための措置に関する事項 | 有・無 | | その他運営に関する重要事項 | 有・無 | | | □ | | □ | □ |
| 勤務体制の確保 | 利用者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供できるように、従業者の勤務の体制を定めていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 管理者を含めて、原則として月ごとの勤務表を作成し、認知症対応型通所介護事業所の従業者の日々の勤務時間、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明確にしていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 事業所の従業者によって指定認知症対応型通所介護を提供していますか。  ※　利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務(調理・洗濯等)については第三者への委託等を行うことは可。 | | □ | | □ | □ |
| （研修機会の確保） | 従業者の資質向上のため、計画的な研修の機会を確保・実施し、研修に関する記録を残していますか。  □　衛生管理(感染症・食中毒予防)　□　苦情処理　　□　事故防止・発生時対応　□　高齢者虐待防止　　□　身体拘束　　□　緊急時対応  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | □ | | □ | □ |
|  | 医療・福祉関係の資格を有さない従業者に対し、採用後１年を経過するまでに認知症介護に係る基礎的な研修（認知症介護基礎研修）を受講させていますか。  　【医療・福祉関係の資格】  看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等 | | □ | | □ | □ |
|  | ①　医療・福祉関係の資格を有さない従業者　（　　人）  ②　①のうち採用後１年を経過している従業者　（　　　人）  ③　②のうち認知症介護基礎研修を受講している従業者（　　　人） | |  | |  |  |
| （職場におけるハラスメント） | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容  ａ 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発  職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。  ｂ 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備  相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。 | | □ | | □ | □ |
|  | ロ 事業主が講じることが望ましい取り組みについて  ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備  ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）  ③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組） | | □ | | □ | □ |
|  | 上記については厚生労働省ホームページを参考にすること。  （https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_05120.html） | |  | |  |  |
| (マニュアルの整備) | サービス提供に関するマニュアル等を整備し、事業所に設置するとともに、従業者に周知していますか。  □　衛生管理(ノロウイルス、O-157、結核、インフルエンザ、MRSA、HIV)  □　苦情処理　　□　事故防止・発生時対応等　　□　高齢者虐待防止  □　身体拘束　　□　緊急時対応  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | □ | □ |
| 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するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。  ※ 当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第３条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 | | □ | | □ | □ |
|  | 業務継続計画には以下の内容を盛り込んでいますか。  ※ 当該計画の策定に当たっては「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照。  ※ イ及びロを一体的に作成することを妨げない。 | | □ | | □ | □ |
|  | イ　感染症に係る業務継続計画  　a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）  　b 初動対応  　c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） | | □ | | □ | □ |
|  | ロ 災害に係る業務継続計画  　a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）  b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）  c 他施設及び地域との連携 | | □ | | □ | □ |
|  | (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実施していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | ① 研修は定期的（年１回以上）実施し、内容を記録していますか。また、新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。  ※ 感染症の業務継続計画に係る研修は、感染症の予防及びまん延防止のための研修と一体的に実施して差し支えない | |  | |  |  |
|  | ② 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施していますか。  ※ 感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。 | | □ | | □ | □ |
| 定員の遵守 | 利用定員を超える利用者を受け入れていませんか。  ※　災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りでない。 | | □ | | □ | □ |
| 非常災害対策 | 非常災害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者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。  ※ 非常災害に関する具体的計画は、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ますか。  ※ 防火管理者を置くこととされている指定認知症対応型通所介護事業所にあってはその者に行わせていますか。 | 計画の有無 | | | | |
|  | 火災 | □ | | □ | □ |
|  | 水害 | □ | | □ | □ |
|  | 土砂災害 | □ | | □ | □ |
|  | 地震災害 | □ | | □ | □ |
|  | ※ 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定認知症対応型通所介護事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせていますか。 |  |  | |  |  |
|  | 火災等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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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・避難等に協力してもらえるような体制作りを行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | | □ | | □ | □ |
|  | 火災訓練以外に水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | ●火災訓練の実施状況　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | | | |
|  | ●水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | | | |
|  | 防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか。  ※　防火管理者を記載　　職・名 | | □ | | □ | □ |
|  | 防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 消防法による消防計画の届出を行っていますか。  消防計画の提出日　　　　　年　　　月　　　日 | | □ | | □ | □ |
| 衛生管理等 | 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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 従業者の清潔保持、健康状態の管理を行っていますか。  ※　従業者の健康診断受診状況等の管理を行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
| ※当該措置は令和６年３月31日まで努力義務 | 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) 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を６月に１回以上及び感染症が流行する時期等を勘案し随時開催するとともに、その結果について、介護従業者に周知徹底を図っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていますか。  ※　記載内容の例については厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」を参照 | | □ | | □ | □ |
|  | 当該指針には、**平常時の対策**として、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、**発生時の対応**として、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等を規定すること。また、発生時における事業所内及び関係機関への**連絡体制を整備し明記**すること。 | | □ | | □ | □ |
|  | (3) 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を定期的（年１回以上）に実施し、内容を記録していますか。新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。  ※　研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用 | | □ | | □ | □ |
|  | (4) 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的（年１回以上）に実施していますか。（訓練においては、施設内の役割分担の確認、ケアの演習等実施する。） | | □ | | □ | □ |
| 掲示 | 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、認知症対応型通所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ますか。  ※　重要事項を記載したファイル等を介護サービス利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで掲示に替えることができる。  【掲示すべき内容】  ・ 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、サービス提供内容など）  ・ 従業者の勤務体制  ・ 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）  ・ 苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）  ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況  ・ 虐待通報窓口（市町村）  ・ 運営推進会議の議事録　　他 | | □ | | □ | □ |
| 広告 | 事業所について広告をする場合、内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。  【広告媒体】新聞（折込広告を含む。）・ラジオ・テレビ・ダイレクトメール・屋外広告物（看板・のぼり・横断幕・懸垂幕・アドバルーン・社内吊広告など）・インターネット　ほか。 | | □ | | □ | □ |
| 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、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。 | | □ | | □ | □ |
| 苦情処理 | 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の窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。  ※ 「必要な措置」とは、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講じる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。 | | □ | | □ | □ |
|  | 苦情があった場合には、事業所が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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みを自ら行っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 市町村及び国保連が行う調査に協力するとともに指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行っていますか。  また、改善内容について求めがあった場合には、改善の内容を報告していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 地域との連携 | 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、当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括センターの職員、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（「運営推進会議」）を設置し、おおむね６月に１回以上、運営推進会議に活動状況を報告し、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。 | | □ | | □ | □ |
| 運営推進会議での報告、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。 | | □ | | □ | □ |
| 複数の事業所の運営推進会議を合同で開催している場合、次に掲げる項目を満たしていますか。 | |  | |  |  |
| 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。 | | □ | | □ | □ |
| ②　同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。 | | □ | | □ | □ |
| 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。 | | □ | | □ | □ |
| 事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者又はその家族からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 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、指定認知症対応型通所介護の提供を行うよう努めていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 事故発生時の対応 | サービス提供時に事故が発生した場合、事故に対応した適切な処置をとるとともに、利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業者等に連絡を行うなどの体制をとっていますか。  個人情報の漏洩等があった場合についても、報告を行うこと。 | | □ | | □ | □ |
| 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。  ※　事故・ひやりはっと事例報告に係る様式が作成され、事故・ひやりはっと事例報告に係る様式に記録されていますか。 | | □ | | □ | □ |
| 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の対応方法について、あらかじめ定めていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 損害賠償保険加入、又は賠償金の積立を行っていますか。  ※　指定認知症対応型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合において、速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入していますか。又は賠償資力を有していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 送迎時に賠償すべき事故が発生した場合において、速やかに賠償を行うため、自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入していますか。又は賠償資力を有していますか。  注） 損害賠償責任保険について、送迎時の事故について免責となっている場合があるので、保険内容を確認すること。 | | □ | | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定認知症対応型通所介護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。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | | □ | □ |
| 高齢者虐待の防止 | 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。 | |  | |  |  |
| ※当該措置は令和６年３月31日まで努力義務 | (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会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っていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 虐待防止検討委員会は管理者を含む幅広い職種で構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 虐待防止検討委員会は次のような事項について検討していますか。 | |  | |  |  |
|  | イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | ト 再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること | | □ | | □ | □ |
|  | (2)　虐待防止のための指針を整備していますか。また、当該指針には次のような項目を盛り込んでいますか。 | |  | |  |  |
|  | イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 | | □ | | □ | □ |
|  | ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 | | □ | | □ | □ |
|  | ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 | | □ | | □ | □ |
|  | ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 | | □ | | □ | □ |
|  | ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 | | □ | | □ | □ |
|  | ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項 | | □ | | □ | □ |
|  | ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 | | □ | | □ | □ |
|  | チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 | | □ | | □ | □ |
|  | リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項 | | □ | | □ | □ |
|  | (3) 虐待の防止のための研修を定期的（年１回以上）実施し、内容を記録していますか。また、新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を設置していますか。  ※　虐待防止検討委員会の責任者と同一の者が望ましい。  職・名 | | □ | | □ | □ |
| 会計の区分 | 事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型通所介護事業とその他の事業ごとに区分して会計処理していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 記録の整備 | 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。 | | □ | | □ | □ |
| 利用者に対するサービス提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、各号に定める日から５年間保存していますか。  ①　認知症対応型通所介護計画（計画完了の日）  ②　提供した具体的なサービスの内容等の記録（サービスを提供した日）  ③　利用者に関する市町村への通知に係る記録（通知の日）  ④　苦情の内容等の記録（サービスを提供した日）  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（サービスを提供した日）  ⑥　運営推進会議における報告、評価、要望、助言等の記録（記録した日） | | □ | | □ | □ |
| 電磁的記録等 | ・　作成、保存その他これらに類するもののうち、基準省令において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）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（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができるが、この場合、以下の点に留意しているか。    ＜留意すべき点＞  (1) 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機（パソコン等をいう。以下同じ。）に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。  (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。  ①　作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法  ②　書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法  (3) 電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | | | □ | □ | □ |
|  | ・　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、基準省令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（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができるが、この場合、以下の点に留意しているか。    ＜留意すべき点＞  (1) 電磁的方法による交付は、次の方法によること。  　①　入所申込者又はその家族の承諾を得たうえで、次のいずれかの方法により提供すること。  　　・　施設の電子計算機と入所申込者又はその家族の電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法  ・　施設の電子計算機に備えられたファイルに記録された事項を電気通信回線を通じて入所申込者又はその家族の閲覧に供し、当該入所申込者又はその家族の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法  ・　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに記録して交付する方法  ②　入所申込者又はその家族が上記①のファイルの記録を出力することにより文書を作成できること。  (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。  (3) 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。  (4) 電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | | | □ | □ | □ |
| 事業所の文書保管について | 事業者は、諸記録をどのように保管しているか。  （ 紙 ・　電子　・　紙、電子併用　）  具体的な保管方法  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  記録の盗難・紛失等を防止するため、どのような安全管理措置を行っているか  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  |
| 電磁的記録を活用する場合の安全管理措置の留意点 | 電磁的記録を活用する場合、下記のような点に留意しているか。  ・入退館(室)管理の実施  ・機器、装置等の固定など物理的な保護  ・不正な操作を防ぐため、業務上の必要性に基づき、個人データを取り扱う端末に付与する機能を限定する  ・個人データに対するアクセス管理(IDやパスワード等による認証等)・アクセス記録の保存  ・不正が疑われる異常な記録の存否の定期的な確認  ・必要に応じて定期的にバックアップを取る　等  ※個人データを長期にわたって保存する場合には、クラウド等を活用してデータを保存する等、データが消失しないよう適切に保存する | | | □ | □ | □ |
| 秘密保持等 | 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしていませんか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 従業者又は従業者であった者が業務上知り得た利用者又はその家族等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。  ※　事業者は、当該事業所の職員等の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決めておくなどの措置を講じていますか。  ※　従業員の在職中及び退職後の秘密保持のため、就業規則、雇用契約、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われていますか。 | | □ | | □ | □ |
|  | 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。  （同意書様式：有・無　 利用者：有・無 　利用者の家族：有・無） | | □ | | □ | □ |
| お泊りデイ | 「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について」に沿ってサービスを提供していますか。 | | □ | | □ | □ |
| 変更届出の手続 | 事業所の名称及び所在地など、変更届出書の提出が必要な事項に変更があった場合又は再開したときは、１０日以内にその旨を東大阪市長に届け出ていますか。  また事業所を休止をするときは、1月前に、その旨を東大阪市長に届け出ていますか。 | | □ | | □ | □ |

Ⅳ（業務管理体制）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** |
| 業務管理体制整備に係る届出書の提出 | 届出先（所轄庁）は、事業者の介護サービス事業の展開地域にあわせて適切ですか。  　届出先（所轄庁）：  　　・事業所等が３以上の地方厚生局の管轄区域に所在→【厚生労働省】  　　・事業所等が２以上の都道府県の区域に所在し、かつ、２以下の地方厚生局の管轄区域に所在→【事業者の主たる事務所が所在する都道府県】  　　・全ての事業所等が１の指定都市の区域に所在→【指定都市】  　　・全ての事業所等が１の中核市の区域に所在→【中核市】  　　・地域密着型（介護予防）サービスのみの事業者で、かつ、全ての事業所が１の市町村の区域に所在→【市町村】  　　・上記以外→【都道府県】 | □ | □ | □ |
| 事業所等の増減により事業展開地域に変更が生じ、所轄庁が変更となった際、変更前と変更後のそれぞれの所轄庁に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
| 整備すべき業務管理体制は、事業所等の数に応じて適切ですか。  　事業所等の数：　　　　　　　件  　　※予防サービスも１件とカウント、医療みなしと第１号事業は除く。  ①　法令遵守責任者の届出　　済　・　未　　　　氏名：  ②　法令遵守規程の概要の届出　　済　・　未　・　非該当  ③　業務執行状況の監査方法の概要の届出　　済　・　未　・　非該当  　　　【事業所等の数20未満の事業者は①のみ】  　　　【事業所等の数20以上の事業者は①及び②】  　　　【事業所等の数100以上の事業者は①～③すべて】 | □ | □ | □ |
| 事業所等の増減により整備すべき業務管理体制が変更になった際、届け出ていますか。  　※例：事業所数２→４や18→16は届出不要、19→20や22→15は届出必要。 | □ | □ | □ |
| 上記のほか、届出事項の変更は、所轄長に届け出ていますか。  　【届出事項】  　　○法人の種別・名称・主たる事務所の所在地  　　○法人代表者の職名・氏名・生年月日・住所  　　○法令遵守責任者の氏名・生年月日  　　○法令遵守規程の概要、監査方法の概要  　　※法令遵守規程の概要や監査方法の概要は、字句の修正など体制に影響を及ぼさない軽微な変更は届出不要。 | □ | □ | □ |