**（介護予防）認知症対応型共同生活介護自主点検表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 年　　月　　日 | 事業所番号 |  |
| 法　人　名（所在地も記入） |  |
| 代表者（理事長）名 |  |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号FAX番号 | －　　　　－－　　　　－ | E-mail |  |
| 管理者氏名 |  |
| 記入担当者職・氏名 | （職）（氏名） | 連絡先電話号 | －　　　　－ |

下記の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。

　Ⅰ（基本方針）

| **項　　目** | **内　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　基本方針(認知症対応型共同生活介護) | 運営方針は、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を目指すものとなっていますか。 |[ ]  □ | □ |
| (介護予防認知症対応型共同生活介護) | 運営方針は、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となっていますか。 | □ | □ | □ |

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** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　従業者の員数(介護従業者) | 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外に介護従業者を、常勤換算方法で、利用者の数が３又はその端数を超えるごとに１以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | １以上は常勤となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務を行う従業者を１人以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 夜間帯及び深夜の時間帯以外の時間帯についても、常に介護従業者が１人以上確保されていますか。 | □ | □ | □ |
| (計画作成担当者) | 指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有するものであって、認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する者としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画作成担当者を1人配置する事業所にあっては、介護支援専門員をもって充てていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画作成担当者を1を超えて配置する事業所にあっては、計画作成担当者のうち少なくとも１人は介護支援専門員をもって充てていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 計画作成担当者は認知症介護実践者研修を修了していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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を監督していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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の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者と認められる者をもって充てていますか。 | □ | □ | □ |
| （管理者） | 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配置していますか。※　この場合、共同生活住居の管理上支障がない場合は、当該共同生活住居の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所若しくは指定複合型サービス事業所の職務に従事することができる。 | □ | □ | □ |
|  | 兼務の職務を記載 |  | □ | □ | □ |
|  | 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、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者又は訪問介護員等として、３年以上認知症高齢者の介護に従事した者であるなど、必要な知識及び経験を有する者ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。または、以下の①又は②の要件に適合していますか。　①平成18年３月31日までに実践者研修又は旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）を終了した者であって、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　②認知症高齢者グループホーム研修（平成17年度のみ実施）を修了した者 | □ | □ | □ |
| （事業者の代表者） | 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、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者又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医療機関や訪問看護ステーションなど保健医療サービス若しくは特別養護老人ホームなど福祉サービスの経営に携わった経験を有する者ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症対応型サービス事業開設者研修を修了していますか。または、以下の研修のいずれかを修了していますか。　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（都道府県等において17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの。）　②基礎課程又は専門課程（都道府県等において12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたもの。）　③認知症介護指導者研修（都道府県等において12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長に基づき実施されたもの。）　④認知症高齢者グループホーム開設予定者研修（都道府県等において、「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号局長通知）に基づき実施されたもの。） | □ | □ | □ |
|  | 法人代表者以外の場合 | （役職）（氏名） |  |  |  |

Ⅲ（設備に関する基準）

| **項　　目** | **内　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　専用区画 | 共同生活住居の数は３つまでとしていますか。（サテライト事業所は２つまで。ただし本体事業所の数を上回らず、本体と合計して最大４つまで。） | □ | □ | □ |
|  | 共同生活住居は、その入居定員を５人以上９人以下とし、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ますか。※居間及び食堂は同一の場所とすることができます。 | □ | □ | □ |
|  | 居室の定員は、1人としていますか。※利用者の処遇上必要と認められる場合、２人以上とすることができます。 | □ | □ | □ |
|  | 居室の床面積は、７．４３㎡以上(和室であれば4.5畳以上)となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ２　設備及び備品等 | 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備(スプリンクラー設備等)並びに指定認知症対応型共同生活介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にありますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあっては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたもの（扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等）となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故の未然防止（誤飲防止）の観点から、画鋲やマグネット等を使用していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 浴室・トイレ内で洗剤等を放置していませんか。 | □ | □ | □ |
| ３　設備に関する基準のみなし規定 | 指定認知症対応型共同生活介護事業者が指定介護予防認知症対応型共同生活介護の指定を併せて受け、かつ、指定認知症対応型共同生活介護の事業と指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業と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あっては、指定地域密着型介護予防サービス基準に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができます。 |  |

Ⅳ（事業の運営）※介護予防認知症対応型共同生活介護含む

| **項　　目** | **内　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当なし** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　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。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、その他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、連絡先等） | 有　・　無 |
| 運営規程の概要（事業の目的及び運営の方針、従業員の職種・員数及び職務内容、利用定員、入居に当たっての留意事項 等） | 有　・　無 |
| 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有　・　無 |
| 提供するサービスの内容及び料金 | 有　・　無 |
| その他費用について（家賃・食材料費・理美容代・おむつ代・その他日常生活費等） | 有　・　無 |
| 利用料、その他費用の請求及び支払い方法について | 有　・　無 |
| 非常災害対策について | 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 |
| 協力医療機関等 | 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 |
| 身体的拘束等の廃止について | 有　・　無 |
| 衛生管理 | 有　・　無 |
| 運営推進会議の概要 | 有　・　無 |
| 高齢者虐待の防止 | 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 |
| 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 |

 | □ | □ | □ |
| ２　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。・要介護度や所得の多寡等を理由にサービス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。 | □ | □ | □ |
| ３　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。 | □ | □ | □ |
| ４　要介護認定等の申請に係る援助 | 提供の開始に際し、要介護認定を受けていない又は申請が行われ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等の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。 | □ | □ | □ |
| ５　入退居 | 要介護者及び要支援者であって認知症の状態にあるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者にサービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 主治医の診断書等により入居申込者が認知症であるものであることの確認をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、速やかに、適切な他の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の措置をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居に際しては、入居申込者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 退居の際には、利用者及びその家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 退居に際しては、利用者又はその家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保険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。 | □ | □ | □ |
| ６　サービス提供の記録 | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等(サービスの提供日、サービスの内容、利用者の状況その他必要な事項)を記録していますか。 | □ | □ | □ |
| ７　利用料等の受領 | 法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護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。 | □ | □ | □ |
|  | 法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護を提供した際にその利用者から支払いを受ける利用料の額と、指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用料のほかに、下記に掲げる費用の支払いを受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　食材料費 | □ | □ | □ |
|  | ②　理美容代 | □ | □ | □ |
|  | ③　おむつ代 | □ | □ | □ |
|  | ④　指定認知症対応型共同生活介護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もの | □ | □ | □ |
|  | 上記①～④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。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の④については、利用者の希望によって、身の回り品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係る費用としていますか。※「身の回り品として日常生活に必要なもの」とは、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって、利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいいます。したがって、こうした物品を事業者又は施設がすべての利用者等に対して一律に提供し、すべての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められないものです。 | □ | □ | □ |
| 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指定認知症対応型共同生活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共同生活介護の内容、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交付していますか。 | □ | □ | □ |
| ９　指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針 | 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 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 共同生活住居における介護従業者は、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、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。 | □ | □ | □ |
| (身体拘束について) | サービス提供に当たっては、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（切迫性、非代替性、一時性を満たす場合）を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 前年度、今年度において、身体的拘束等を行ったことがありますか。 | □有・□無 |
|  | 【有の場合、どのような身体的拘束等を行いましたか。】 |  |  |
|  | ①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |  | 件 |
|  | ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |  | 件 |
|  | ③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。 |  | 件 |
|  | ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |  | 件 |
|  | ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。 |  | 件 |
|  | ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。 |  | 件 |
|  | ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。 |  | 件 |
|  | ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。 |  | 件 |
|  | ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 |  | 件 |
|  | ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 |  | 件 |
|  | ⑪自分の意志で開けることができない居室等に隔離する。 |  | 件 |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その様態及び時間、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下記のとおり記録していますか。※必要性については、個人だけでなく施設全体で判断を行うこと。 |  |  |  |
|  | ①　どのような身体拘束等を行うか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　いつからいつまで身体拘束等を行うか。※設定期間は概ね１月となっているか | □ | □ | □ |
|  | ③　その際の利用者の心身の状況 | □ | □ | □ |
|  | ④　緊急やむを得ない理由 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、本人又はその家族に説明し、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | また、継続的（概ね１月に１回以上）にケース検討会議等で他に方法がないかどうか検討し、その内容について記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・検討を行う者* 管理者　　□　計画作成担当者　　□　介護従業者　　その他（　　　　　　　　　）

・検討を行う頻度（　　）回/（　　） |
|  | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・委員会の構成員* 管理者　　□　計画作成担当者　□　介護従業者

□　その他（　　　　　　　　　　　）・開催日　・前年度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・今年度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※３月に１回以上の開催がない場合、減算対象となる。 |
|  | 身体的拘束適正化検討委員会において、報告、改善のための方策を定め、身体的拘束等の適正化について、事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげていますか。具体的には次のイ～ヘのとおり。※従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意すること。 | □ | □ | □ |
|  | イ.身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。 | □ | □ | □ |
|  | ロ.介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、整備された様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 | □ | □ | □ |
|  | ハ.身体的拘束適正化検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。 | □ | □ | □ |
|  | ニ.事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。 | □ | □ | □ |
|  | ホ.報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。 | □ | □ | □ |
|  | ヘ.適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 | □ | □ | □ |
|  | 身体的拘束等の適正化のため、次のような項目を盛り込んだ指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ.事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 | □ | □ | □ |
|  | ロ.身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ハ.身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本指針 | □ | □ | □ |
|  | ニ.事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ホ.身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ヘ.利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ト.その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 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）に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 【研修の実施状況（前年度と今年度）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施(予定)日時 | 研修内容 | 参加人数 |
| 　　.　　. |  |  |
| 　　.　　. |  |  |
| 　　.　　. |  |  |
| 　　.　　. |  |  |

不参加者への対応方法。※後日実施、所属での伝達、資料供覧など。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 新規採用時にも必ず身体的拘束適正化の研修を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修の実施内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 身体拘束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。 | □ | □ | □ |
| （外部評価について） | 自ら提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者又は運営推進会議による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。※自己評価及び外部評価は年１回以上実施し、評価結果を入居者及びその家族に開示すること。 | □ | □ | □ |
| 10　認知症対応型共同生活介護計画の作成 | 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。 | □ | □ | □ |
| ①　認知症対応型共同生活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。 | □ | □ | □ |
| ②　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認知症対応型共同生活介護計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
| ③　計画作成担当者は、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。 | □ | □ | □ |
| ④　計画作成担当者は、認知症対応型共同生活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。 | □ | □ | □ |
| 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の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、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を上記①～④に準じて行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 11　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 | 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。 | □ | □ | □ |
| 自らその提供する指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者又は運営推進会議による評価を受けて、それらの結果を公表し、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共同生活介護の提供にあたり、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共同生活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とその他の様々の方法により、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。 | □ | □ | □ |
| 12　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 | ①　指定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。 | □ | □ | □ |
| ②　計画作成担当者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の目標、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共同生活介護計画を作成するものとしていますか。 | □ | □ | □ |
| ③　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、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。 | □ | □ | □ |
| 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。 | □ | □ | □ |
| ⑤　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。 | □ | □ | □ |
| ⑥　指定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、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行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ⑦　指定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、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。 | □ | □ | □ |
| ⑧　指定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、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。 | □ | □ | □ |
| ⑨　計画作成担当者は、他の介護従業者及び利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定介護予防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、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。 | □ | □ | □ |
| 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上記①～⑨に定める基準に準じて行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 13　介護等 | 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。 | □ | □ | □ |
| 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、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。 | □ | □ | □ |
| 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努めていますか。 | □ | □ | □ |
| （介護職員による喀痰吸引等について） | 事業所の介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合、「認定特定行為業務従事者」として認定された者が行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等を行わせている場合、事業所を「登録特定行為事業者」として大阪府に登録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第３０号）に定められた要件に基づき、適切に実施しているかについて、定期的に（年1回以上）、自主点検を行い点検記録を保存していますか。※自主点検の様式は下記の大阪府のページをご確認ください。https://www.pref.osaka.lg.jp/koreishisetsu/tankyuin\_futokutei/05jigyoushatennkenn.html | □ | □ | □ |
| 14　社会生活上の便宜の提供等  | 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。 | □ | □ | □ |
| 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。 | □ | □ | □ |
| 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。 | □ | □ | □ |
| 15　利用者に関する市町村への通知 | 指定認知症対応型共同生活介護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るか。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、要介護状態等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。 | □ | □ | □ |
| 16　緊急時等の対応 | 現に指定認知症対応型共同生活介護の提供を行っている時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又はあらかじめ当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が定め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ますか。（措置の具体的内容：　　　　　　　　　　　　　） |  | □ | □ |
| 17　管理者の責務 | 管理者は、指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び指定認知症対応型共同生活介護の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。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者に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。 | □ | □ | □ |
| 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、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法人を管理する者ではありませんか。※　ただし当該共同生活介護住居の管理上支障がない場合は、この限りでない。 | □ | □ | □ |
| 19　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 |
| 利用定員 |  |
| 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費用の額 | 有・無 |
| 入居に当たっての留意事項 | 有・無 |
| 非常災害対策について | 有・無 |
| 虐待の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 |

 | □ | □ | □ |
| 20　勤務体制の確保 | 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、従業者の勤務の体制を定めていますか。 | □ | □ | □ |
| 指定認知症対応型共同生活介護従業者の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、継続性を重視したサービスの提供に配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 共同生活住居ごとに管理者を含めて、原則として月ごとの勤務表を作成し、認知症対応型共同生活介護従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護支援専門員、看護職員、介護職員及び管理者の配置、兼務関係等を明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
| （研修機会の確保） | 従業者の資質向上のため、計画的に研修の機会を確保し、実施した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・発生時対応等　□　高齢者虐待防止　　□　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ない従業者（　　　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被害防止のための取組（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被害者への配慮のための取組（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） |  |  |  |
| 21　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。※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。 | □ | □ | □ |
| 22　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、入居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。 | □ | □ | □ |
|  | 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２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　研修実施日　前年度（　　　　　　　　　　　）　今年度（　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 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２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。訓練実施日　前年度（　　　　　　　　　　　）　今年度（　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 23　非常災害対策 | 非常災害対策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およ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共同生活介護事業所にあってはその者に行わせていますか。
* 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共同生活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。
 | 計画の有無 |
| 火災 | 有・無 |
| 水害 | 有・無 |
| 土砂災害 | 有・無 |
| 地震災害 | 有・無 |
|  |
|  | 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。（消防法上年２回以上） | □ | □ | □ |
|  | 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　　　　　　　　　　　 | □ | □ | □ |
|  | 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 | □ | □ | □ |
| 24　衛生管理 | 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。※　従業者の健康診断受診状況等の管理を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該指定認知症対応型共同生活介護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)感染症又は食中毒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) 感染症又は食中毒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２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２回以上）に実施しているか。（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。） | □ | □ | □ |
| 25　協力医療機関等 | (1) 入居者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の①②に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めていますか。※複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより①②の要件を満たすこととしても差し支えない。※令和9年3月31日までは努力義務 | □ | □ | □ |
| 　①入居者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。　　①の要件を満たす協力医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 　②診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。　　②の要件を満たす協力医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ※連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟(200床未満)を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。該当の医療機関は近畿厚生局ウェブサイトで確認すること。■近畿厚生局https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\_kikan/shitei\_jokyo\_00004.html※在宅療養支援病院等：「施設基準の届出受理状況（全体）」のファイルを参照※地域包括ケア病棟入院料：「特定入院料」の該当ファイルをご参照一覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。在宅療養支援病院：（支援病１）、（支援病２）、（支援病３）在宅療養支援診療所：（支援診１）、（支援診２）、（支援診３）在宅療養後方支援病院：（在後病）地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：（地包ケア１）、（地包ケア２）、（地包ケ ア３）、（地包ケア４） | □ | □ | □ |
|  | (2)1年に1回以上、（1）の①から②の要件を満たす協力医療機関との間で、入居者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、東大阪市に届け出ていますか。※届出方法は本市ウェブサイトを参照すること本市ウェブサイト「協力医療機関に関する届出書」https://www.city.higashiosaka.lg.jp/0000038741.html | □ | □ | □ |
|  | (3)第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を取り決めるように努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※第二種協定指定医療機関の一覧については大阪府のウェブサイトを参照大阪府「新型インフルエンザ等感染症等にかかる医療措置協定について」https://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/osakakansensho/iryosoti.html |  |  |  |
|  | ※新興感染症とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6　条7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。 |  |  |  |
|  | (4) 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)入居者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入居者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に速やかに入居させることができるように努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6) 協力医療機関のうち、１つ以上は東大阪市に所在していますか。　　　（本市条例で規定） | □ | □ | □ |
|  | (7) 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。 | □ | □ | □ |
| 26　掲示 | （1）指定認知症対応型共同生活介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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ますか。* 掲示すべき内容

・運営規程の概要（目的、方針、利用料金、サービスの提供内容など）・従業者の勤務体制・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　　・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）　　・虐待通報窓口（市町村）　　・運営推進会議の議事録　　他 | □ | □ | □ |
|  | (2)重要事項をウェブサイトに掲載していますか。重要事項のウェブサイトへの掲載は、令和7年4月1日より適用。 | □ | □ | □ |
| 27　広告 | 指定認知症対応型共同生活介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大のものとなっていませんか。 | □ | □ | □ |
| 28　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、要介護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。 | □ | □ | □ |
|  | 指定介護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。 | □ | □ | □ |
| 29　苦情処理 | 提供した指定認知症対応型共同生活介護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の必要な措置を講じていますか。* 「必要な措置」とは、具体的には、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ず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対応の内容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。
 | □ | □ | □ |
|  | 苦情を受け付けた場合には、事業者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を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 市町村及び国民健康保険団体連合会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。 | □ | □ | □ |
| 30　調査への協力等 | 提供した指定認知症対応型共同生活介護に関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切な指定認知症対応型共同生活介護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おいては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 31　地域との連携 | 指定認知症対応型共同生活介護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、指定認知症対応型共同生活介護事業者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、認知症対応型共同生活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2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。 | □ | □ | □ |
|  | 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、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合は、次に掲げる条件を満たしていますか。 |  |  |  |
|  | 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していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 同一の日常生活圏域内に所在する事業所としていますか。※　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。 | □ | □ | □ |
|  | 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、提供した指定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。 | □ | □ | □ |
| 32　事故発生時の対応 | 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護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。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。
 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護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。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定認知症対応型共同生活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。 | □ | □ | □ |
|  | 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、または賠償資力を有していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
| 33　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。 | □ | □ | □ |
|  | (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、その結果について介護職員その他の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。 | □ | □ | □ |
|  | ・委員会の構成員* 管理者　　□　計画作成担当者　□　介護従業者
* その他（　　　　　　　　　）

・開催日前年度（　　　　　　　　　）　　今年度（　　　　　　　　） |
|  | 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２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。研修実施日　前年度　（　　　　　　　　）　今年度（　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 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　　　　　　　　　　　なお、同一事業所内で複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。 | □ | □ | □ |
| 34　会計の区分 | 指定認知症対応型共同生活介護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。 | □ | □ | □ |
| 35　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。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、次に掲げる日から5年間保存していますか。①　認知症対応型共同生活介護計画（計画完了の日）②　提供した具体的なサービス内容等の記録（サービス提供日）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（身体拘束等を行った日）④　利用者に関する市町村への通知に係る記録（通知の日）⑤　苦情の内容等の記録（サービス提供日）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（サービス提供日）⑦　運営推進会議への報告、評価、要望、助言等の記録（記録した日） | □ | □ | □ |
| 36　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居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、入居者等・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 | □ | □ | □ |
| 37　秘密保持等 | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者であった者が、正当な理由なく、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。* 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、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　、利用者家族：有　・無　） | □ | □ | □ |
| 38入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置 | 業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催していますか。※、令和９年３月31日までの間は、努力義務 | □ | □ | □ |