

# 運営状況点検書

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

## 《添付書類》

- ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙1）
- ・ 利用者数一覧表（別紙2-a、別紙2-b）
- ・ 計画作成担当者配置状況（別紙3）
- ・ 加算届出等チェック表（別紙4）

※ユニットごとに管理者が異なる場合は、この点検書をユニットごとに作成してください。

点検日	点検者（原則として管理者が行ってください）
年 月 日	職名 氏名

## 1 事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。

事業所	介護保険事業所番号											
	フリガナ											
	名称											
	住所	(〒 - )										
	連絡先	電話番号	-	-	FAX番号	-	-					
	ユニット1	ユニット名						定員	人			
		ユニット開設年月日	年	月	日	利用者数	a	人				
ユニット2	ユニット名						定員	人				
	ユニット開設年月日	年	月	日	利用者数	b	人					

「利用者数一覧表」（別紙1）を作成してください。  
上記の「利用者数」は、「利用者数一覧表」（別紙1-a、別紙1-b）のa、bの値を記入してください。

## 2 介護予防サービスの指定の有無（該当する方に○）

介護予防認知症対応型共同生活介護の指定の有無	有 ・ 無
------------------------	-------

## 3 管理者について

管理者の氏名を記載してください。当該事業所内で他の職種を兼務している場合には、その職種名を記載してください。また、同一敷地内の他の事業所（他のサービス）で兼務している場合には、事業所名、職種名及び1週間あたりの勤務時間数を記載してください。

氏名					
当該事業所で兼務する職種					
同一敷地内で兼務する他の事業所名		職種		時間数 (1週)	

※ 箱根町に届け出ている管理者を変更する場合は、変更届出が必要です。

- 4 前々月及び前月の勤務実績に基づき、「勤務形態一覧表」(別紙1)を作成してください。
- ①別紙1の裏面備考を確認の上、記載してください。
- ②各事業所において使用している勤務割表等により必要な事項(職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間等)が確認できる場合は、別紙1を作成せず、その書類をもって添付書類として差し支えありません。
- 5 「計画作成担当者配置状況」(別紙3)を作成し、前々月から前月までの計画作成担当者の配置状況を記載してください。
- なお、計画作成担当者については、介護支援専門員の資格が必要(2ユニットの場合は、事業所で最低1名以上必要)です。

## I 基本方針等

条例及び基準等に従っているかについて、「はい」又は「いいえ」のうち該当する方を○で囲んでください。

①	地域密着型(介護予防)サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。	はい ・ いいえ
②	地域との結び付きを重視し、町、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者その他の保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。	はい ・ いいえ
③	地域との連携を通じて非常災害時において担う役割を明確にし、その実現に努めていますか。	はい ・ いいえ
④	<p>【介護】</p> <p>要介護者(要介護1～要介護5)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ものとなっていますか。</p> <p>【介護予防】</p> <p>利用者(要支援2)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向上を図り、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。</p> <p>※認知症の疾患が急性の状態にある者は、共同生活住居において共同生活を送ることに支障があると考えられることから、認知症対応型共同生活介護の対象となりません。</p>	はい ・ いいえ

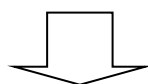
## II 人員基準

条例及び基準等に従った人員配置がされているかについて、「はい」又は「いいえ」のうち該当する方を○で囲んでください。

### (1) 介護従事者の員数

①	共同生活住居ごとに、日中の生活時間帯(夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯)に、介護従業者を常勤換算方法で利用者の数が3又はその端数を増すごとに1名以上配置していますか。	はい ・ いいえ
②	従業者については、利用者が認知症を有する者であることから、認知症の介護等に対する知識、経験を有するものであることが原則となっていますが、これ以外の介護従業者にあっても研修の機会を確保するなどにより質の向上を図っていますか。	はい ・ いいえ

③	①における介護従業者のうち1名以上の者を常勤としていますか。	はい ・ いいえ
④	共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従事者に（夜間及び深夜）勤務を行わせていますか。 ※平成24年4月1日以降、共同生活住居ごとに夜勤職員を配置しなければならないこととなりました。厚生労働大臣が定める夜勤体制の基準を満たさなかった場合は、介護報酬が減算（所定単位数の97%）されることとなります。	はい ・ いいえ
⑤	上記①の利用者の数は、前年度の平均値を用いていますか。 ※ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数になります。	はい ・ いいえ
⑥	利用者の生活サイクルに応じて設定した日中の生活時間帯は何時から何時までですか。また、何時間ですか（休憩・休息時間を含みます。）。 ※利用者の起床時刻から就寝時間までを基本として考えます。	午前 時 分から 午後 時 分まで ( 時間)
⑦	常勤職員の勤務時間は1日何時間ですか。	時 間
⑧	別紙2-a、別紙2-bの利用者数（a、b）によって、以下の計算を行ってください。 《ユニット1》 ○利用者数aが1～3名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×1＝ 時間 ○利用者数aが4～6名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×2＝ 時間 ○利用者数aが7～9名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×3＝ 時間 《ユニット2》 ○利用者数bが1～3名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×1＝ 時間 ○利用者数bが4～6名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×2＝ 時間 ○利用者数bが7～9名 → ⑦で答えた時間数（ ）時間×3＝ 時間	
	上記の計算の結果は何時間でしたか。	ユニット1 時間（A） ユニット2 時間（B）
	別紙2の勤務形態一覧表において、各共同生活住居の日中の生活時間帯における介護従業者の勤務時間の合計が最も少なかった日の時間数は何時間ですか。	ユニット1 時間（C） ユニット2 時間（D）
	ユニット1の時間（C）が時間（A）以上となっていますか。 ユニット2の時間（D）が時間（B）以上となっていますか。	はい ・ いいえ



**④・⑧で「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に介護従業者を補充してください。また、減算が必要となる可能性があります。**

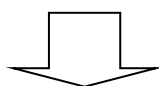
## (2) 計画作成担当者

①	共同生活住居ごとに、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者を専らその職務に従事する計画作成担当者として置いていますか。 ※ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該共同生活住居における他の職務に従事することができます。（管理者との兼務も可） ※併設する小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との連携を図ることにより当該事業所の効果的な運営	はい ・ いいえ
---	---	----------------

	を期待できる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、これを置かないことができます。	
②	計画作成担当者は、認知症介護実践者研修又は基礎課程を修了していますか。	は い ・ いいえ
③	1の共同生活住居を有する事業所（1ユニットのみの事業所）は、計画作成担当者として介護支援専門員を配置していますか。	は い ・ いいえ
④	2以上の共同生活住居を有する事業所（2ユニット以上の事業所）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配置していますか。 ※介護支援専門員以外の計画作成担当者は、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作成に関し実務経験を有すると認められる者を配置できます。	は い ・ いいえ
⑤	④の介護支援専門員は、介護支援専門員でない計画作成担当者の業務を監督していますか。	は い ・ いいえ

**(3) 管理者**

①	共同生活住居ごとに常勤専従の管理者を置いていますか。 ※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又は同一敷地内にある他の事業所、施設等、併設する小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の職務に従事することができます。 ※併設される訪問系サービスの事業所のサービス提供を行う従業者との兼務は一般的に管理業務に支障があると判断されます。	は い ・ いいえ
②	管理者は、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、指定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等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有している者等必要な知識及び経験を有していますか。	は い ・ いいえ
③	平成18年3月31日までに認知症介護実践者研修又は基礎課程を修了しており、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として従事していた、かつ、認知症高齢者グループホーム管理者研修を修了していますか。	は い ・ いいえ
④	(②で「いいえ」と答えた場合) 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。	は い ・ いいえ

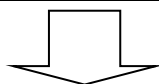


①・②で「いいえ」、③・④の両方ともで「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。  
早急に3年以上の経験年数を有した方で、研修を修了した管理者を配置してください。

**(4) 事業者の代表者**

①	認知症対応型共同生活介護事業の代表者を置いていますか。	は い ・ いいえ
---	-----------------------------	-----------------

②	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若しく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していますか。	は い ・ いいえ
③	次のいずれかの研修を既に受講し、修了証の交付を受けていますか。 ア 痴呆介護実務者研修(基礎課程又は専門課程)(平成16年度まで実施) イ 認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修 ウ 認知症高齢者グループホーム管理者研修(平成17年度実施) エ 認知症介護指導者研修 オ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修 カ 認知症対応型サービス事業開設者研修(平成18年度以降)	は い ・ いいえ



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。代表者は早急に研修を修了するか、あらたな代表者にしてください。

- 「Ⅱ 人員基準」は、指定基準に定められている人員基準です。もしも基準違反に該当する項目があった場合には、速やかに人員を補充する必要があります。
- 職種によっては、人員欠如の場合には介護報酬を減算する必要がある場合もあります。
- 人員欠如状態のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となりますので、**速やかに補充できないときは、休止してください(休止届が必要)**。  
なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

### Ⅲ 設備基準

条例及び基準等に従っているかについて、「はい」又は「いいえ」のうち該当する方を○で囲んでください。

①	1の事業所に3つ以下の共同生活住居を有していますか。 ※ただし、平成18年4月1日に現に2を超える共同生活住居を設けているものは、当分の間、当該共同生活住居を有することができます。 ※用地の確保が困難であること又はその他地域の実情により、効率的運営に必要と認められる場合は、共同生活住居の数を3とすることができます。	は い ・ いいえ
②	共同生活住居の入居定員を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。(この場合、居間、食堂のそれぞれの機能が独立していることが望ましいです。)	は い ・ いいえ
③	1つの事業所に複数の共同生活住居を設ける場合でも、居間、食堂及び台所には、それぞれの共同生活住居ごとの専用設備ですか。 ※ただし、(介護予防)認知症対応型共同生活介護を地域に開かれたものとするために有効であると考えられる共用型(介護予防)認知症対応型通所介護(利用定員3人)を、(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の居間又は食堂において行うことは可能です。	は い ・ いいえ
④	居室の定員は1人となっていますか。 ※ただし、処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができます。(夫婦で居室を利用する場合等であって、事業者の都合により一方的に2人部屋とすべきではありません。)	は い ・ いいえ

⑤	居室の床面積は、7.43㎡以上となっていますか。	はい ・ いいえ
⑥	スプリンクラー設備の設置を行っていますか。 ※平成27年4月から、設置が義務づけられています。	はい ・ いいえ

#### IV 運営基準

次の質問表は、介護保険事業者の責務として定められている項目の一部分です。順番に内容をよく確認しながら、右端の欄に「○」又は「×」を記載してください。

なお、これらの内容は、箱根町が行う実地指導時の指導ポイントとも重複するので、その内容を十分に確認し、できていない場合には、至急改善を行ってください。

行っている場合は、「○」  
行っていない場合は、「×」  
該当がない場合は、「—」を記入

##### (1) 内容、手続の説明及び同意

①	重要事項説明書の内容は、運営規程の内容と一致していますか。	
②	サービスの提供開始の前に、あらかじめ利用者やその家族に対して、サービスの選択に資すると認められる重要事項（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苦情処理の体制等）を記した重要事項説明書を交付して、懇切丁寧に説明を行っていますか。 (利用者全員について行っていない場合は×)	
③	説明後、利用者から同意したことを文書で得ていますか。 (利用者全員から同意がなければ×)	

##### (2) 提供拒否の禁止

①	正当な理由（①当該事業所の現員からは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、③その他利用申込者に対し適切なサービスを提供することが困難な場合）なく（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を拒んでいませんか。	
---	--	--

##### (3) 受給資格等の確認

①	サービスの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって被保険者資格、要介護又は要支援認定の有無及び有効期間を確かめていますか。	
②	被保険者証に介護認定審査会の意見の記載がある場合には、その意見に配慮して（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供するよう努めていますか。	

##### (4) 要介護又は要支援認定の申請に係る援助

①	要介護又は要支援認定の申請が行われていない場合は、利用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。	
②	要介護又は要支援認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する30日前までにはなせるよう、必要な援助を行っていますか。	

**(5) 入退居**

①	要介護者であって認知症の状態にある者のうち、少人数による共同生活を営むのに支障がない者に提供していますか。	
②	入居に際しては、入居申込者の主治医の診断書等により、入居申込者が認知症の状態にあることを確認し、入居者全員の診断書等を保管していますか。	
③	入居相談等を受けた際、入院治療を要する等、入居申込者に対し、事業所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は、適切な他の（介護予防）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適切な措置を速やかに講じていますか。	
④	入居に際しては、入居申込者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握をしていますか。	
⑤	利用者の退居の際は、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た援助を行っていますか。 (退居例がない場合は、退居の希望があった場合、このような援助を行える準備ができていますか。)	
⑥	利用者の退居の際は、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又は地域包括支援センター等への情報の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ますか。	
⑦	利用者の入居相談を受けた場合の対応や、退居にあたって受けた相談について相談記録簿が様式化され、また退居時の相談記録が保管されていますか。	

**(6) サービスの提供の記録**

①	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。	
②	サービス提供をした際は、提供した具体的なサービス（サービスの提供日、サービスの内容、利用者の状況その他の必要な事項）を記録していますか。	

**(7) 利用料等の受領**

①	法定代理受領サービスに該当する（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供した際は、その利用者から利用料の一部として、当該サービスに係る（介護予防）地域密着型介護サービス費用基準額から当該事業者を支払われる（介護予防）地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けていますか。	
②	法定代理受領サービスに該当しない（介護予防）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を受ける利用料の額と（介護予防）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。	
③	①、②の支払を受ける額のほか、次の費用の額の支払を利用者から受けていますか。 ア 食材料費 イ 理美容代 ウ おむつ代 エ （介護予防）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。 ※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曖昧な名目による費用の支払を受けることは認められません。	

④	③の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ていますか。	
⑤	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護その他のサービスの提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした利用者に対し、領収証(個別の費用ごとに区分した内訳が記載されているもの)を交付していますか。	

**(8) 保険給付の請求のための証明書の交付**

①	法定代理受領サービス以外の(介護予防)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(介護予防)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交付していますか。	
---	---	--

**(9) 認知症対応型共同生活介護の取扱方針**

①	認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、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ますか。	
②	認知症対応型共同生活介護の提供は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割をも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。	
③	認知症対応型共同生活介護の提供は、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っていますか。	
④	共同生活住居における介護従業者は、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(認知症対応型共同生活介護計画の目標及び内容や行事及び日課等を含む)について、理解しやすいように説明を行っていますか。	
⑤	事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に(原則として、少なくとも年1回)外部の者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。	

**(10) 認知症対応型共同生活介護計画の作成**

①	管理者は、共同生活住居ごとに配置した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。	
②	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(介護保険給付の対象となる通所介護ではなく当該認知症対応型共同生活介護事業者と通所介護事業者との間の契約により、利用者に介護給付の対象となる通所介護に準ずるサービスを提供するもの)、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(地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等)の確保に努めていますか。	
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、他の介護従業者との協議の上、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。(利用者全員に作成していなければ×)	
④	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、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ていますか。(利用者全員から同意がなければ×)	



⑤	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は、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付していますか。 (利用者全員に行っていないければ×)	
⑥	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を変更していますか。	

**(11) 介護等**

①	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。 ※認知症の状態にある心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることができるようにすることを念頭に、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及びの認知症の進行緩和が図られるように介護サービスを提供し又は必要な支援を行うものとします。	
②	提供されるサービスは施設サービスに準じ、当該共同生活住居において完結する内容であることを踏まえ、付添者による介護や、居宅療養管理指導を除く他のサービスを、入居者負担にしているませんか。 ※ただし、(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者の負担により、通所介護等のサービスを利用に供することは差し支えありません。	
③	利用者の食事及びその他の家事等は、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。	

**(12) 社会生活上の便宜の提供**

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ますか。	
②	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き等について、利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、利用者同意を得たうえで、代行していますか。 ※原則、利用者同意を得た上でその都度代行しなければなりません。特に金銭に関するものは書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度利用者本人に確認を得ます。	
③	常に利用者の家族と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。	

**(13) 利用者に関係する市町村への通知**

①	利用者が、正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護又は要支援状態の程度を増進させたと認められるときには、遅滞なく意見を付してその旨を町に通知していますか。	
②	利用者が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には、遅滞なく意見を付してその旨を町に通知していますか。	

**(14) 緊急時等の対応**

①	介護従業者が、(介護予防)認知症対応型共同生活介護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、速やかに主治医又はあらかじめ当該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。 ※協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければなりません	
---	---	--

	<p>、協力医療機関については、次の点に留意してください。</p> <p>ア 協力医療機関は事業の通常の実施地域内にあることが望ましいです。</p> <p>イ 緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めます。</p>	
--	--	--

**(15) 管理者の責務**

①	管理者は、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び（介護予防）認知症共同生活介護利用申込みに係る調整、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。	
②	管理者は、従業者に「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	
③	管理者自身を含む従業員全員と雇用契約等を結び、雇用契約等の写しを事業所に保管していますか。	
④	計画作成担当者について、雇用の際に介護支援専門員の登録又は計画作成経験及び研修の修了を確認するとともに登録証及び研修の修了証の写しを保管していますか。	
⑤	看護職員等の資格職を雇用する際は、必要な資格を確認するとともに、資格証の写しを保管していますか。	
⑥	管理者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び（介護予防）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。	

**(16) 管理者による管理**

①	<p>管理者は、同時に介護保険施設、居宅サービス、地域密着型サービス、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事業所、病院、診療所又は社会福祉施設を管理する者ではないですか。</p> <p>※ただし、これらの事業所、施設等が同一敷地内にあること等により、当該共同生活住居の管理上支障がない場合は、この限りではありません。</p>	
---	---	--

**(17) 運営規程**

①	<p>次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めていますか。</p> <p>ア 事業の目的及び運営の方針</p> <p>イ 従業者の職種、員数及び職務内容</p> <p>ウ 利用定員</p> <p>エ （介護予防）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</p> <p>オ 入居に当たっての留意事項</p> <p>カ 非常災害対策</p> <p>キ 事故発生時の対応、従業者の秘密保持義務、苦情及び相談の受付体制</p> <p>その他運営に関する重要事項</p>	
②	運営規程の内容は、常に実態を反映したものを整備していますか。	
③	保険適用と保険適用外サービス(全額自己負担となるもの)に関する料金表を作成し、利用者等に説明していますか。	

**(18) 勤務体制の確保等**

①	共同生活住居ごとに介護従事者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にした、従業員の勤務形態一覧表（ローテーション表）を作成していますか。 ※利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービスの提供に配慮してください。	
②	全職員について、タイムカード等により勤務実績が分かりますか。	
③	サービスの質の向上を図るため、計画的に研修を行い、研修内容や時間などの受講歴を記録していますか。 ※特に認知症介護に関する知識及び技術の修得を主たる目的とする研修を受講する機会を確保するよう努めてください。	
④	感染予防に関する教育を定期的に行い、周知徹底していますか。	

**(19) 定員の遵守**

①	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。	
---	----------------------------	--

**(20) 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ますか。 ※協力医療機関は、共同生活住居から近距離にあることが望まれます。	
②	あらかじめ、協力歯科医療機関を定めていますか。 ※協力歯科医療機関は、共同生活住居から近距離にあることが望まれます。	
③	サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、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ますか。	

**(21) 非常災害対策**

①	「非常災害に関する具体的な計画」（消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画も含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制（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）を整備し、それらを定期的に従業員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。	
②	①の訓練実施に当たり、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。 ※運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。	
③	今年度の非常災害訓練の実施日（予定日を含む）はいつですか。 避難訓練 < 年 月 日 > < 年 月 日 > < 年 月 日 > < 年 月 日 > 救出訓練 < 年 月 日 > < 年 月 日 > その他（ ）訓練 < 年 月 日 >	
④	地域において避難・防災訓練が実施される際、その参加に努めていますか。	

⑤	非常災害時においては利用者等の状況を把握し、地域との連携のもと、その安全確保に努めなければなりません。そのためのマニュアル等を作成していますか。	
---	--	--

**(22) 衛生管理等**

①	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	
②	<p>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ますか。</p> <p>ア 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保ちます。</p> <p>イ 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、その発生及びまん延を防止するための措置等について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じます。</p> <p>ウ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めます。</p>	

**(23) 掲示**

①	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護従業者の勤務体制その他の利用者のサービス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。	
---	--	--

**(24) 秘密保持等**

①	従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしていませんか。	
②	就業規則、雇用契約書等に、従業者及び退職した者が、業務上知り得た利用者やその家族の個人情報を漏らすことを禁止する記載がありますか。	
③	利用者全員から、個人情報使用同意書等の文書で、利用者等やその家族の個人情報をサービス担当者会議等で使用することについて、同意を得ていますか。(一部の利用者のみ場合は×)	
④	保有個人データの管理・開示手順、個人情報管理者等を定めた、個人情報保護に関する規定を整備していますか。	
⑤	個人情報管理者の職氏名を記入してください。(担当者が定められていない場合は、その旨記入してください)	
⑥	<p>「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき、入居者及びその家族の個人情報を適切に取り扱っていますか。</p> <p>※「個人情報の保護に関する法律」の概要</p> <p>ア 利用目的を出来る限り特定し、その利用目的の達成に必要な範囲内で個人情報を取り扱うこと。</p> <p>イ 個人情報は適正な方法で取得し、取得時に本人に対して利用目的の通知・公表等を行うこと</p> <p>ウ 個人データについては、正確・最新の内容に保つように努め、安全管理措置を講じ、従業者、委託先を監督すること。</p> <p>エ あらかじめ本人の同意を得なければ、第三者に個人データを提供してはならないこと</p> <p>オ 保有個人データについては、利用目的などを本人の知り得る時を状態に置き、本人の求めに応じて開示・訂正・利用停止等を行うこと。</p> <p>カ 苦情の処理に努めそのための体制の整備をすること。</p> <p>※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」</p>	

	医療・介護関係事業者は、個人情報を提供してサービスを受ける患者・利用者から、その規模によらず良質かつ適切な医療・介護サービスの提供のために最善の努力を行う必要があること等から、本ガイドラインにおいては、個人情報取扱事業者としての法令上の義務を負わない医療・介護事業者にも本ガイドラインを遵守する努力を求めるものです。	
--	--	--

**(25) 広告**

①	広告内容に虚偽、誇大な表現はありませんか。	
---	-----------------------	--

**(26) 居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターに対する利益供与等の禁止**

①	居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター又はその従業者に対し、要介護又は要支援被保険者に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。	
②	居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター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。	

**(27) 苦情処理**

①	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（相談窓口（事業所担当窓口、市町村窓口、国民健康保険団体連合窓口）、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）を講じていますか。	
②	①の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録していますか。	
③	苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。	
④	提供した（介護予防）認知症対応型共同生活介護に関し、介護保険法第23条により町が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該町の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して町が行う調査に協力し、町から指導又は助言を受けた場合は、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。	
⑤	町からの求めがあった場合は、④の改善内容を町に報告していますか。	
⑥	提供した（介護予防）認知症対応型共同生活介護に係る利用者からの苦情に関し、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合は、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。	
⑦	国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合は、⑥の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。	
⑧	苦情相談の方法や対応手順を記載したマニュアルを整備していますか。	

**(28) 調査への協力等**

①	提供した（介護予防）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（介護予防）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町が行う調査に協力し、町から指導又は助言を受けた場合は、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。	
---	--	--

②	町の求めに応じ、当該事業所の運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護支援専門員等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について提出し、当該情報について自ら一般に公表するよう努めていますか。	
---	---	--

**(29) 地域との連携等**

①	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、(介護予防) 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、(介護予防) 認知症対応型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(以下「運営推進会議」という。)を設置していますか。	
②	概ね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、助言を聴く機会を設けていますか。	
③	②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。 ※運営推進会議の記録は、5年間保存しなければなりません。	
④	事業運営に当たり、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交流を図っていますか。 ※地域に開かれた事業として行われるよう、地域住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域交流に努めなければなりません。	
⑤	事業者は、事業運営に当たり、提供した(介護予防) 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、町等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の町が実施する事業に協力していますか。 ※介護相談員を派遣する事業を積極的に受入れる等、町との密接な連携に努めることを規定したものです。	
⑥	【合同開催する場合】 利用者及び利用者家族を匿名とする等、個人情報・プライバシーを保護していますか。	
⑦	【合同開催する場合】 合同で開催する事業所は、同一の日常生活圏域内に所在する事業所ですか。	

**(30) 事故発生時の対応**

①	利用者に対する(介護予防) 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、町、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又は地域包括支援センター等に連絡し、必要な措置を講じていますか。	
②	町の定める事故報告の様式、手順等を把握していますか。	
③	事故が発生した場合の対応方法をあらかじめ定めていますか。	
④	事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止策を講じていますか。	
⑤	①の事故の状況及び事故に際して行った処置について記録していますか。	
⑥	利用者に対する(介護予防) 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。 ※速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入、又は賠償資力を有することが望まれます。	
⑦	事業所で緊急・災害時対応マニュアルを作成し、職員に周知していますか。	
⑧	事故記録簿(ヒヤリハット簿)を整備していますか。	

**(31) 会計の区分**

①	事業者は事業所ごとに経理を区分し、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。 ※具体的な会計処理方法は、次の通知に基づき適切に行ってください。 ア「介護保険・高齢者保健福祉事業に係る社会福祉法人会計基準の取扱いについて」(平成24年3月29日老高発0329第1号) イ「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」(平成13年3月28日老臣発第18号) ウ「指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて」(平成12年3月10日老計第8号)	
---	--	--

**(32) 記録の整備**

①	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	
②	利用者に対する指サービスの提供に関する次の記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。 ア (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画 イ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ウ 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 エ (14)の利用者に関する町への通知に係る記録 オ 苦情の内容等の記録 カ 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	

**(33) 介護予防認知症対応型共同生活介護の基本取扱方針**

①	利用者の介護予防に資するよう、目標を設定し、計画的に行っていますか。	
②	自ら提供する介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、定期的に外部の者による評価を受け、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていますか。	
③	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支援が目的であることを常に意識し、サービス提供していますか。	
④	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提供に努め、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービス提供を行わないよう配慮していますか。	
⑤	利用者とのコミュニケーションを十分に図る等により、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。	

**(34) 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	サービスの提供に当たっては、主治医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を的確に把握していますか。	
---	--	--

②	<p>計画作成担当者は、①に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、他の介護従業者と協議の上、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内容、サービス提供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していますか。</p> <p>※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り、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、介護予防認知症対応型共同生活介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。</p>	
③	<p>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り、通所介護等の活用、地域活動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ますか。</p>	
④	<p>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り、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。</p>	
⑤	<p>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当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付していますか。</p>	
⑥	<p>利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って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ますか。</p>	
⑦	<p>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なっていますか。</p>	
⑧	<p>サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。</p>	
⑨	<p>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、当該介護予防認知症対応型共同生活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共同生活介護計画の実施状況の把握（以下「モニタリングという。」）を行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行なっていますか。</p>	
⑩	<p>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行なっていますか。</p> <p>※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に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定める目標の達成状況の把握等を行い、解決すべき課題の変化が認められる場合等は、必要に応じて当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行います。</p>	

### (35) 高齢者虐待防止法（「養介護施設従事者等」による高齢者虐待）に関する事項

①	<p>高齢者虐待防止法に係る「養介護施設従事者等」による高齢者虐待の定義を職員に周知していますか。</p> <p>養介護施設従事者等の行う次の行為が該当する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的虐待</li> <li>・養護を著しく怠ること</li> <li>・心理的虐待</li> <li>・性的虐待</li> <li>・経済的虐待</li> </ul>	
---	--	--



②	虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者に対し、市町村への通報義務が規定されていることを職員に周知していますか。	
③	高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に、解雇その他不利益な取扱いを受けないことを職員に周知していますか。	
④	高齢者虐待の通報については、刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定により妨げられるものと解釈してはならないことを職員に周知していますか。	
⑤	高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めていますか。	
⑥	従業者に対する研修実施ほか、利用者や家族からの苦情処理体制の整備その他従業者による高齢者虐待防止のための措置を講じていますか。	
⑦	管理職・職員の研修、個別ケアの推進、情報公開、苦情処理体制等高齢者虐待の防止に向けた取組みをしていますか。	
⑧	身体拘束は原則として全て高齢者虐待に該当すると考えられていることを施設内に周知していますか。（「身体拘束ゼロへの手引き」等において「緊急やむを得ない場合」とされているものに限って、例外的に該当しないとされています）	

**(36) 身体拘束の廃止**（身体拘束事例がない場合は回答欄に一を引いてください）

①	サービス提供に当たり、当該入居者又は他の入居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き、身体的拘束その他入居者の行動を制限しないようにしていますか。	
②	管理者及び従業者は、身体拘束廃止を実現するために正確な事実意識を持ち、また、意識啓発に努めていますか。	
③	運営規程で身体的拘束等の廃止について定めていますか。	
④	重要事項説明書で身体的拘束等の廃止について定めていますか。	
⑤	契約書に身体的拘束等の廃止についての項目がありますか。	
⑥	「身体拘束廃止委員会」等を設置していますか。	
⑦	「身体拘束廃止委員会」に管理者及び各職種の従業者が参加していますか。また、委員会の記録を残していますか。	
⑧	身体拘束等の廃止に向けた改善計画を作成していますか。 ※改善計画に盛り込むべき内容 ア 事業所内の推進体制 イ 介護の提供体制の見直し ウ 「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続き エ 事業所の設備等の改善 オ 事業所の従業者その他の関係者の意識啓発のための取り組み カ 利用者の家族への十分な説明 キ 身体拘束廃止に向けての数値目標	
⑨	緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き等を定めていますか。	
⑩	身体的拘束等を行っている（行った）事例がありますか。	ある ・ ない
⑪	緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、「切迫性」「非代替性」「一時性」のすべてを満たしているか、チームで検討していますか。（担当者のみで判断している場合は「×」）	
⑫	⑪の検討結果について記録をとっていますか。	

⑬	入居者本人や家族に対し、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に説明し、理解を得ていますか。	
⑭	緊急やむを得ず、身体的拘束等を行った場合、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録していますか。 ※身体的拘束等の記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き（平13老発155）」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」などを参考として、適切な記録を作成し、保存すること。	
⑮	身体的拘束等を行った場合、常に観察、再検討を行っていますか。	
⑯	身体的拘束等の必要がなくなった場合、速やかに拘束を解除していますか。	

## ※身体拘束禁止の対象となる具体的行為

- ア 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。
- イ 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又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。
- カ 車いすやいすから落ちたり、立ち上がったりにしないようにY字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- キ 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。
- ク 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。
- ケ 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。
- コ 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。
- サ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

## (37) サービスの質の評価

①	事業所として、自らその提供しているサービスの質について、自己評価を実施していますか。	
②	自己評価を実施した直近の日時を記入してください。	年 月 日
③	1年以上自己評価を実施していない場合は、その理由を記入してください。 (理由)	
④	自己評価の結果を、情報開示していますか。	
⑤	自己評価を実施した結果から確認された課題について、改善を行うための具体的な行動をしていますか。	
⑥	利用者やその家族からの声を、サービス向上のために活用していますか。	
⑦	外部評価機関による外部評価を実施していますか。 (○の場合は⑧へ、×の場合は⑨へ進んでください。)	
⑧	外部評価を実施した日（評価結果を受け取った日）と評価機関名を記入してください。	(実施日) 年 月 日 (評価機関名)
⑨	1年以上外部評価を実施していない場合は、その理由を記入してください。 (理由)	
⑩	自己評価と外部評価機関による外部評価の結果の違いを検討し、そのサービスの質の向上に活かしていますか。	

**(38) 研修**

今年度の研修（予定を含む）について、下表に記載してください。

	実施年月日	研修出席者	研修内容
所内研修			
所外研修			

欄が足りない場合は、欄を追加するか別紙に記載して添付してください。  
研修出席者には、対象とする職種（例：管理者等）を記載してください。

→ 研修計画が作成されていない場合は、事業所で年間研修計画をつくり、研修を実施してください。

## &lt; 注意点 &gt;

- 以上の項目は、運営基準に定められている内容の一部であり、事業開始後に遵守しなければならないものです。
- 運営基準違反のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあります。

**V 報酬算定****(1) (介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護費**

①	1ユニットの場合は、(介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護費 I を算定し、2ユニット以上の場合は、(介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護費 II を算定していますか	
②	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス若しくは介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有していますか。	
③	定員の範囲内で、空いている居室等を利用していますか。	

④	ユニットごとに、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は1名ですか。	
⑤	利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていますか。	
⑥	認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修を修了している者を従業者として確保していますか。	
⑦	人員基準を満たしていますか。	
⑧	【定員を超えて利用できる場合】 緊急に（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける必要がある者にのみ提供が認められるものですか。	
⑨	【定員を超えて利用できる場合】 利用期間は7日を限度としていますか。	
⑩	【定員を超えて利用できる場合】 居宅サービス計画に位置付けられていない（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護ですか。	
⑪	【定員を超えて利用できる場合】 緊急利用者をユニット（複数ユニットの場合、当該利用者が日中の時間帯等に共同生活を送るユニットとする。）の利用者とみなして、利用期間を通じて人員基準を満たし、かつ、当該利用者が利用できる個室を有していますか。（特に個室の面積の最低基準はありませんが、当該利用者の処遇上、十分な広さが必要です。）	
⑫	【定員を超えて利用できる場合】 定員数を超えて利用できる利用者数は、事業所ごとに1人ですか。（この場合は、定員超過利用による減算の対象とはなりません。）	

**(2) 入院時費用**

①	利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれ、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していますか。	
②	1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定していますか。（入院の初日及び最終日は、算定できません。）	

**(3) 計画作成担当者人員基準欠如**

※計画作成担当者配置状況（別紙3）により確認してください。

①	計画作成担当者の人員基準を全て満たしていますか。	
※「×」と回答した場合は②を回答してください。		
②	①で人員基準を全て満たしていない月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月の介護報酬には、利用者全員（別ユニットも含む）について所定単位数の70/100に相当する単位数を算定しています。 ※ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く。	

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。「×」場合には過誤調整する必要がありますので町に相談してください。

**(4) 介護従事者人員基準欠如**

①	<p>介護従事者の配置について、次の計算式で算出した結果が、0.9を下回った月はありませんか。</p> <p>※ユニットごとに次の計算式で算出します。</p> $\frac{\text{当該月に配置された介護従事者の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき介護従事者の勤務延時間数}} < 0.9$	
---	---	--

※「×」と回答した場合は②を回答してください。

※「○」と回答した場合は③を回答してください。

②	<p>①で0.9を下回った月の翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月の介護報酬については、利用者全員について所定単位数の70/100に相当する単位数を算定していますか。</p>	
---	--	--

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。

※「×」の場合は過誤調整する必要がありますので町に相談してください。

③	<p>介護従事者の配置について、次の計算式で算出した結果が、0.9以上1未満となった月はありませんか。</p> <p>※ユニットごとに次の計算式で算出します。</p> $0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された介護従事者の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき介護従事者の勤務延時間数}} < 1.0$	
---	--	--

※「×」と回答した場合は④を回答してください。

④	<p>③で0.9以上1未満となった場合、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月の介護報酬については、利用者全員（別ユニットも含む）について所定単位数の70/100に相当する単位数を算定していますか。</p> <p>※ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除きます。</p>	
---	--	--

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。

※「×」の場合は過誤調整する必要がありますので町に相談してください。

**(5) 夜勤職員人員基準欠如**

①	<p>夜勤時間帯における夜勤職員の人員基準について、ある月において基準に満たない事態が2日連続して発生または4日以上発生したことはありますか。</p>	
---	---	--

※「×」と回答した場合は②を回答してください。

②	<p>①で人員基準を満たしていない月の翌月に、利用者全員（別ユニットも含む）について所定単位数の97/100に相当する単位数を算定していますか。</p>	
---	--	--

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。

※「×」の場合は過誤調整する必要がありますので町に相談してください。

**(6) 身体拘束廃止未実施減算**

①	<p>身体拘束等を行う場合の記録を行っていない、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回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じていませんか。</p>	
---	--	--

※「×」と回答した場合は②を回答してください。

②	改善計画を町に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を町に報告し、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間、利用者全員について所定単位数から10/100に相当する単位数を算定していますか。	
---	---	--

※減算請求の場合は、事前に届出が必要です。

※「×」の場合は過誤調整する必要がありますので町に相談してください。

**(7) 加算届出等チェック表(別紙4)を作成してください。**

算定要件を確認し、チェック欄にチェックしてください。(算定している加算のみチェックしてください。)

**運営状況点検書でできていなかったものについては、事業所で改善してください。**