

確認項目	内容詳細	確認文書
<p>○人員基準 従業者の員数</p>	<p><input type="checkbox"/>生活相談員はサービスの提供日ごとに、当該事業所を提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合计数を当該事業所を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>生活相談員は社会福祉法第19条第1項各号の該当又は介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事任用資格者、精神保健福祉士の資格を有しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>看護職員は看護師又は准看護師の資格を有しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>サービスの単位ごとに専らサービスの提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上及びサービスを提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合计数をサービスを提供している時間数で除して得た数が1以上確保されているか。</p> <p>※看護職員・介護職員については、サービスの単位ごとに2人配置する必要がありますが、必ずしも看護職員を配置しなければならないものではありません。</p> <p><input type="checkbox"/>サービスの単位ごとに、看護職員又は介護職員を常時1名以上、配置しているか。</p> <p>※看護職員又は介護職員は、利用者に支障がない場合は他の当該認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務実績表／タイムカード ・勤務体制一覧表 ・従業者の資格証

	<p>職員として勤務可。</p> <p><input type="checkbox"/>機能訓練指導員は1以上配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>機能訓練指導員は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 ※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ります。</p> <p><input type="checkbox"/>生活相談員又は看護職員・介護職員のうち1人以上は、常勤となっていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>共用型の事業所の場合、共用型の人員基準配置となっていますか。※基準は条例等を確認。</p>	
<p>管理者</p>	<p><input type="checkbox"/>管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。</p> <p><input type="checkbox"/>管理者は、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>共用型の事業所の場合、共用型の管理者基準となっていますか。※基準は条例等を確認。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の雇用形態が分かる文書 ・管理者の勤務実績表／タイムカード ・研修を修了したことがわかるもの
<p>○設備基準</p>	<p><input type="checkbox"/>食堂、機能訓練室、静養室、相談室</p>	<p>平面図、目視</p>

<p>設備及び備品等</p>	<p>及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えているか。</p> <p><input type="checkbox"/>設備は認知症対応型通所介護用となっていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>食堂と機能訓練室は3 m²×利用定員以上となっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>相談室は遮へい物の設置等により相談の内容が漏洩しないようになっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>宿泊サービスを行う場合は市に届出をしているか。</p>	
<p>○運営基準 受給資格等の確認</p>	<p><input type="checkbox"/>被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか。</p>	<p>・介護保険番号、有効期限等を確認している記録等</p>
<p>利用料等の受領</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者からの費用徴収は適切に行われているか。</p> <p><input type="checkbox"/>領収書を発行しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>医療費控除の記載は適切か。</p>	<p>・請求書 ・領収書</p>
<p>緊急時等の対応</p>	<p><input type="checkbox"/>緊急時対応マニュアル等が整備されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師に連絡しているか。</p>	<p>・緊急時対応マニュアル ・サービス提供記録</p>
<p>運営規程</p>	<p><input type="checkbox"/>運営における以下の重要事項について</p>	<p>・運営規程</p>

	<p>て定めているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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※介護予防の指定がある事業所は介護予防についても記載が必要 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※介護予防の指定がある事業所は介護予防についても記載が必要 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 10. 虐待の防止のための措置に関する事項※令和6年3月31日まで努力義務、4月1日以降義務化 11. その他運営に関する重要事項 	
<p>内容及び手続の説明及び同意</p>	<p><input type="checkbox"/>利用申込者又はその家族への説明と同意の手続きを取っているか</p> <p><input type="checkbox"/>重要事項説明書の内容に不備等がないか。</p> <p>※運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書（利用申込者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・利用契約書
<p>心身の状況等の把握</p>	<p><input type="checkbox"/>サービス担当者会議等に参加し、利用者の心身の状況把握に努めているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の記録

居宅介護支援事業者等との連携	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等を通じて介護支援専門員や他サービスと連携しているか。	<ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議の記録
介護予防支援事業者との連携	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等を通じて介護予防支援事業者や他のサービスと連携しているか。	<ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議の記録
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画 認知症対応型通所介護計画 (利用者及び家族の同意があったことがわかるもの)
介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画に沿ったサービスが提供されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス計画 介護予防認知症対応型通所介護計画 (利用者及び家族の同意があったことがわかるもの)
サービスの提供の記録	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護計画にある目標を達成するための具体的なサービスの内容が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 日々のサービスについて、具体的な内容や利用者の心身の状況等を記録しているか。 <input type="checkbox"/> 送迎が適切に行われているか。 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応通所介護計画にある目標を達成するための具体的なサービスの内容が記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供記録 業務日誌 送迎記録
認知症対応型通所介護計画の作成	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画に基づいて認知症対応型通所介護計画が立てられているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況、希望および環境を踏まえて認知症対応型通所介護計	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画 認知症対応型通所介護計画 (利用者又は家族の同意があったことが分かるもの) アセスメントシート モニタリングシート

	<p>画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/>サービスの具体的内容、時間、日程等が明らかになっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか。</p> <p><input type="checkbox"/>目標の達成状況は記録されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>達成状況に基づき、新たな認知症対応型通所介護計画が立てられているか。</p>	
<p>指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針</p>	<p><input type="checkbox"/>介護予防サービス計画に基づいて介護予防認知症対応型通所介護計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者の心身の状況、希望及び環境を踏まえて介護予防認知症対応型通所介護計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/>サービスの具体的内容、時間、日程等が明らかになっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか。</p> <p><input type="checkbox"/>目標の達成状況は記録されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>達成状況に基づき、新たな介護予防認知症対応型通所介護計画が立てられているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス計画 ・介護予防認知症対応型通所介護計画（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・アセスメントシート ・モニタリングシート

<p>勤務体制の確保等</p>	<p><input type="checkbox"/> サービス提供は事業所の従業者によって行われているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 資質向上のために研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務表の記載内容は適切か、</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか。(令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日から義務) ※認知症介護基礎研修を指す。 ※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、初任者研修修了者、社会福祉士、理学療法士、医師、歯科医師、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、管理栄養士、精神保健福祉士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師は研修を受講しなくても可。 ※新規採用は1年間に猶予期間あり。</p> <p><input type="checkbox"/> 性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか。 ※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。 ※相談に応じ、適切に対応するために必要な整備（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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用の形態（常勤・非常勤）が分かる文書 ・研修計画、実施記録 ・勤務実績表（勤務実績が確認できるもの） ・方針、相談記録
-----------------	--	--

<p>業務継続計画の策定等（令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日から義務）</p>	<p><input type="checkbox"/>感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/>従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を実施しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>計画の見直しを行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・研修及び訓練計画、実施記録
<p>定員の遵守</p>	<p><input type="checkbox"/>利用定員を上回っていないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌 ・国保連への請求書控え
<p>非常災害対策</p>	<p><input type="checkbox"/>非常災害（火災、風水害、地震等）対応マニュアルがあるか。</p> <p><input type="checkbox"/>非常災害時の連絡網等を用意されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>防火管理に関する責任者を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/>避難・救出等の訓練を実施しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時対応マニュアル（対応計画） ・運営規程 ・避難・救出等訓練の記録 ・通報、連絡体制 ・消防署への届出
<p>衛生管理等</p>	<p><input type="checkbox"/>必要に応じて衛生管理について、保健所の助言、指導を求め、密接な連携を保っているか。</p> <p><input type="checkbox"/>感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を講じているか。 ※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症及び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名簿、委員会の記録 ・感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針 ・感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修の記

	<input type="checkbox"/> 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回開催しているか。 ※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務	録及び訓練の記録
秘密の保持	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ているか。 <input type="checkbox"/> 退職者を含む、従業員が利用者の秘密を保持することを誓約しているか	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報同意書 ・従業員の秘密保持誓約書
○広告	<input type="checkbox"/> 広告は虚偽又は誇大となっていないか。	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット／チラシ
苦情処理	<input type="checkbox"/> 苦情受付の窓口があるか。 <input type="checkbox"/> 苦情の受付、内容等を記録、保管しているか。 <input type="checkbox"/> 苦情の内容を踏まえたサービスの資向上の取組を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付簿 ・苦情者への対応記録 ・苦情対応マニュアル
地域との連携等	<input type="checkbox"/> 運営推進会議を概ね6月に1回以上開催しているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議で挙げた要望や助言が記録されているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議の会議録が公表されているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の記録

<p>事故発生時の対応</p>	<p><input type="checkbox"/> 事故が発生した場合の対応方法は定まっているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村、家族、居宅介護支援事業者等に報告しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 事故状況、対応経過が記録されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行うための対策を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 再発防止のための取組を行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故対応マニュアル ・ 市町村、家族、居宅介護支援事業者等への報告記録 ・ 再発防止策の検討の記録 ・ ヒヤリハットの記録
<p>○虐待の防止※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務</p>	<p><input type="checkbox"/> 虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、従業者に周知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の発生・再発防止の指針を整備しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者に対して虐待の発生・再発防止の研修及び訓練を実施しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会の開催記録 ・ 虐待の発生・再発防止の指針 ・ 研修及び訓練計画、実施記録 ・ 担当者を設置したことが分かる文書