

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"/> 介護従業者の員数は、共同生活住居（ユニット）ごとに夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯にサービスの提供に当たる介護従業者を常勤換算方法で利用者の数が3又は端数を増すごとに1以上配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護従業者の員数は、共同生活住居（ユニット）ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務（宿直勤務を除く。）を行わせるために必要な数を配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の数は前年度平均値としているか。 ※新規指定の場合、推定数。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護従業者のうち1人以上は、常勤の者であるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所ごとに専らその職務に従事する計画作成担当者を配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 計画作成担当者のうち少なくとも1名は介護支援専門員の資格を有しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 計画作成担当者は、実践者研修又は基礎課程を修了しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務実績表／タイムカード ・ 勤務形態一覧表 ・ 従業者の資格証
<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"/> 共同生活住居ごとに専らその職務に</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

	<p>従事する常勤の管理者を置いているか。</p> <p><input type="checkbox"/>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"/>代表者は認知症対応型サービス事業開設者研修を修了しているか。</p>	<p>・研修を修了したことがわかるもの</p>
設備基準	<p><input type="checkbox"/>共同生活住居（ユニット）の数は1以上3以下であるか。</p> <p><input type="checkbox"/>共同生活住居（ユニット）はその入居定員を5人以上9人以下であるか。</p> <p><input type="checkbox"/>共同生活住居（ユニット）は、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るか。</p> <p><input type="checkbox"/>スプリンクラーを設置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>1つの居室の定員は、1人としているか。 ※2人部屋の場合は要件を満たすか確認。</p> <p><input type="checkbox"/>1つの居室に床面積は7.43㎡以上か。</p>	<p>・平面図</p>
運営基準 内容及び手続の説明 及び同意	<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はないか。 ※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</p>	<p>・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）</p> <p>・利用契約書</p>

	制、提供するサービスの第三者評価の実施状況	
入退居	<input type="checkbox"/> 入居申込者が認知症であることを確認しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシート ・モニタリングシート ・認知症対応型共同生活介護（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・介護予防認知症対応型共同生活介護（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・診断書
サービス提供の記録	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活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"/> 介護予防認知症対応型共同生活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。	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・業務日誌 ・モニタリングシート
指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針、身体的拘束の禁止	<input type="checkbox"/> 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、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化を図っているか。（身体的拘束等を行わない体制づ	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束廃止に関する（適正化のための）指針 ・身体的拘束の適正化検討委員会名簿 ・身体的拘束の適正化検討委員会議事録 ・（身体拘束がある場合）入所者の記録、家族への確認書

	<p>くりを進める策を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/> やむを得ず身体的拘束等をしている場合、家族等に確認しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し以下の項目を盛り込んでいるか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 2. 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 3. 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 4. 施設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 5. 身体的拘束等の発生時の対応に関する基本方針 6. 入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 7. 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 <p><input type="checkbox"/> 自ら提供するサービス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、結果を公表しているか。</p>	<p>・外部又は運営推進会議による評価の結果</p>
--	---	----------------------------

<p>介護等</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"/> 原則として、利用者が介護従業者と食事や清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行うよう努めているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用の形態（常勤・非常勤）がわかる文書 ・サービス提供記録 ・業務日誌
<p>認知症対応型共同生活介護計画の作成</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況、希望等を踏まえて認知症対応型共同生活介護計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/> アセスメントを適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス担当者会議等により専門的意見を聴取しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画に基づいたケアの提供をしているか。</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共同生活介護計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 定期的にモニタリングを行っている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護計画（利用者又は家族の同意があった ・アセスメントシート ・サービス提供記録 ・モニタリングシート

	か。	
指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的方針	<input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況、希望等を踏まえて介護予防認知症対応型共同生活介護計画が立てられているか。 <input type="checkbox"/> アセスメントを適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等により専門的意見を聴取しているか。 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか。 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づいたケアの提供をしているか。 <input type="checkbox"/> 目標の達成状況は記録されているか。 <input type="checkbox"/> 達成状況に基づき、新たな介護予防認知症対応型共同生活介護計画が立てられているか。 <input type="checkbox"/> 定期的にモニタリングを行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防認知症対応型共同生活介護計画（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 ・サービス提供記録 ・モニタリングシート
受給資格等の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者資格、要介護認定の有無、	・介護保険番号、有効期限等を

	要介護認定の有効期限を確認しているか。	確認しているか。
利用料等の受領	<input type="checkbox"/> 利用者からの費用徴収は適切に行われているか。 <input type="checkbox"/> 領収書を発行しているか。 <input type="checkbox"/> 医療費控除の記載は適切か。	<ul style="list-style-type: none"> ・請求書 ・領収書
緊急時等の対応	<input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。 <input type="checkbox"/> 緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師又は協力医療機関に連絡しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応マニュアル ・サービス提供記録
運営規程	<input type="checkbox"/> 運営における以下の重要事項について定めているか。 1. 事業の目的及び運営の方針 2. 従業者の職種、員数及び職務内容 3. 利用定員 4. 指定認知症対応型共同生活介護計画の内容及び利用料その他の費用の額 ※介護予防も含む。 5. 入居に当たっての留意事項 6. 非常災害対策 7. 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、令和6年4月1日から義務 8. その他運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程

<p>勤務体制の確保等</p>	<p><input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに、介護従業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担当者等を明確にしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務実績表／タイムカード ・ 勤務形態一覧表 ・ 雇用の形態（常勤・非常勤）がわかる文書 ・ 研修計画、実施記録 ・ 方針、相談記録
-----------------	--	--

	<p>に周知・啓発すること。</p> <p>※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>	
定員の遵守	<input type="checkbox"/> 入居定員及び居室の定員を上回っていないか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務日誌 ・ 国保連への請求書控え
業務継続計画の策定等※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日から義務	<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。 <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。 <input type="checkbox"/> 計画の見直しを行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務継続計画 ・ 研修及び訓練計画、実施記録
非常災害対策	<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。 <input type="checkbox"/> 非常災害時の連絡網等を用意されているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理に関する責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 避難・救出等の訓練を実施しているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議を活用し、地域住民との密接な連携体制の確保に努めているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非常災害対応マニュアル（対応計画） ・ 運営規程 ・ 避難・救出等訓練の記録 ・ 通報、連絡体制 ・ 消防用設備点検の記録

<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"/>感染症又は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。</p> <p><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か月に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録及び訓練の記録
<p>秘密保持等</p>	<p><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。</p> <p><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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報同意書 ・従業員の秘密保持誓約書
<p>広告</p>	<p><input type="checkbox"/>広告は虚偽又は誇大となっていないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット、チラシ
<p>苦情の処理</p>	<p><input type="checkbox"/>苦情受付の窓口があるか。</p> <p><input type="checkbox"/>苦情の受付、内容等を記録、保管しているか。</p> <p><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。</p>	<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
<p>地域との連携等</p>	<p><input type="checkbox"/>運営推進会議をおおむね2月1回以上、開催しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>運営推進会議において、通いサービ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の記録

	<p>ス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況の報告を行い、評価を受けているか。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営推進会議に会議録が公表されているか。</p>	
<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、介護予防支援事業者等、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、介護予防支援事業者等、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に開催し、従業員に周知しているか。</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"/> 従業員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>	<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

	<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>	
--	--	--