令和5年度　認知症対応型共同生活介護　自主点検表

事業所番号	
事業所の名称	
事業所の所在地	〒
電話番号	
開設法人の名称	
開設法人の代表者名	
管理者名	
記入者名	
記入年月日	令和　　年　　月　　日

伊奈町

（1）チェック項目

<table>
<tr><th></th><th>項　目</th><th colspan="6"></th><th>はい</th><th>非該当</th><th>いいえ</th></tr>
<tr><td rowspan="15">第一
人員の配置</td><td>共同生活住居数</td><td>戸</td><td colspan="2">①</td><td colspan="2">②</td><td colspan="2">③</td><td colspan="3" rowspan="8"></td></tr>
<tr><td>入居定員</td><td>人</td><td colspan="2">人</td><td colspan="2">人</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td>利用者数</td><td>人</td><td colspan="2">人</td><td colspan="2">人</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td rowspan="4">従業者</td><td colspan="2">認知症対応型共同生活介護計画の作成</td><td colspan="2">介護従業者</td><td colspan="2">介護従業者</td><td colspan="2">介護従業者</td></tr>
<tr><td></td><td>専 従</td><td>兼 務</td><td>専 従</td><td>兼 務</td><td>専 従</td><td>兼 務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">宿直勤務時間帯を通じて、宿直勤務を行う従業者を1人以上配置しているか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td>定員の遵守</td><td colspan="8">利用定員を超える利用者を受け入れていないか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td colspan="8">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るか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">訪問介護員等として3年以上認知症高齢者の従事する介護に従事した者である等必要な知識及び経験を有する者であるか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">兼務している場合、当該共同生活住居の他の職務への従事であるか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="2">兼務の職務を記載</td><td colspan="6"></td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">埼玉県及び指定都市が実施する「認知症介護実務者研修」の基礎課程を受講しているか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td rowspan="3">計画作成担当者</td><td colspan="8">介護支援専門員その他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用者に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者であるか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">共同生活住居ごとに配置しているか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">埼玉県及び指定都市が実施する「認知症介護実務者研修」の基礎課程を受講しているか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第二
設備及び備品</td><td rowspan="2">事業所の設備及び備品</td><td colspan="8">居室、居間、食堂、台所、浴室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。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="8">3ユニットを超える共同生活住居を設置していないか。</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">居室数</td><td>①　　室</td><td colspan="7" rowspan="2">1つの居室の床面積は7.43㎡以上となっているか。</td><td rowspan="2">□</td><td rowspan="2">□</td><td rowspan="2">□</td></tr>
<tr><td>②　　室
③　　室</td></tr>
</table>

	項　目		はい	非該当	いいえ
第三	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るか。	□	□	□
		サービス内容及び利用料金等について利用者の同意を得ているか。	□	□	□
		重要事項説明書には利用者の署名・捺印を受けているか。	□	□	□
		重要事項説明書には次の内容が記載されており、その内容はわかりやすいものとなっているか。	□	□	□
		・運営規定の概要	□	□	□
		・介護従業者の勤務体制	□	□	□
		・事故発生時の対応	□	□	□
		・苦情処理の体制	□	□	□
		・その他の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項	□	□	□
		サービスの提供開始について、利用者と契約書を交わしているか。	□	□	□
事業の運営	掲　示	事業所の見やすい場所に、運営規定の概要、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選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。	□	□	□
	広　告	内容が虚偽又は誇大なものになっていないか。	□	□	□
	研修機会の確保	介護従業者の資質向上のため、計画的な研修を実施しているか。	□	□	□
		特に、認知症介護に関する知識及び技術の習得を主たる目的とする研修を受講する機会を確保しているか。	□	□	□
	受給資格等の確認	利用申込者の被保険者証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確認しているか。	□	□	□
		被保険者証に認定審査会意見が記載されている時は、サービス提供を行うに際し、その意見を考慮しているか。	□	□	□
	要介護認定等の申請に係る援助	利用者申込者が要介護認定等を受けていない場合に、要介護認定申請のために必要な援助を行っているか	□	□	□
		有効期間が終了する30日前には要介護認定の更新申請がおこなわれるように必要な援助を行っているか。	□	□	□
	入退去	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ことに支障がない者にサービスを提供しているか。	□	□	□
		主治医の診断書等により入居申込者が認知症の状態であることの確認をしているか。	□	□	□

	項　目		はい	非該当	いいえ
第三事業の運営	入退去	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、他のグループホーム、介護保険施設、病院、診療所等を紹介するなどしたか。	□	□	□
		入居に際しては、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。	□	□	□
		退居の際には、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うとともに、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行っているか。また、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提供者との密接な連携を図っているか。	□	□	□
	認知症対応型共同	入居に際しては入居の年月日及び入居しているグループホームの名称を、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るか。	□	□	□
	利用料等の受領	利用者負担として、居宅介護サービス費用基準額または居宅支援サービス費用基準額の１割（法令により給付率が9割でない場合はそれに応じた割合）の支払を受けているか。	□	□	□
		利用料に法定代理受領サービスに該当する場合とそれ以外との間で不合理な差額を生じさせていないか。	□	□	□
		利用料の他には、次の費用の額以外の支払いを受けていないか。 ①食材料費 ②理美容代 ③おむつ代 ④グループホーム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。	□	□	□
	領収証の交付	利用料等の支払いを受ける際、利用者に対し領収証を交付しているか。	□	□	□
		領収証には、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載しているか。	□	□	□
	保険給付の請求の為の証明書の交付	償還払いとなる利用者に対しサービス提供証明書の交付を行っているか。	□	□	□
	認知症対応型共同生活介護の取扱方針	提供されるサービスは、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、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、適切に行っているか。	□	□	□

	項　目		はい	非該当	いいえ
第三事業の運営	認知症対応型共同生活介護の取扱方針	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なサービスの提供を行っているか。	□	□	□
		懇切丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、サービス提供方法等を利用者又はその家族に分かりやすく説明しているか。	□	□	□
		身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は、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にのみ限っているか。 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合には、その態様及び時間、その利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しているか。	□	□	□
	認知症対応型共同生活介護計画の作成	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、介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成する為の具体的なサービスの内容等を記載した計画を作成し、利用者又はその家族に対し、その内容を説明しているか。	□	□	□
	介護等	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っているか。	□	□	□
		サービスの提供に当たっては、利用者の人格に十分配慮して実施しているか。	□	□	□
		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ないか。	□	□	□
		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るか。	□	□	□
	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るか。	□	□	□
		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な場合には、その者の同意を得て代行しているか。	□	□	□
		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の確保に努めているか。また、利用者と家族との面会の場所や時間等についても、利用者やその家族の利便を図っているか。	□	□	□
	協力医療機関等	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、協力歯科医療機関を定めているか。	□	□	□
		サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等の為、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るか。	□	□	□

	項　目		はい	非該当	いいえ
第三事業の運営		利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得る為、当該協力医療機関等との間で必要な事項を取り決めているか。	□	□	□
	緊急時等の対応	サービス提供中に利用者の病状急変やその他の必要な場合には、主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡等の適切な措置をとっているか。	□	□	□
	事故発生時の対応	サービス提供中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、市に連絡を行うなどの体制をとっているか。	□	□	□
	認知症対応型共同生活介護計画の作成	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に努めているか。	□	□	□
	非常災害対策	非常災害に対する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。	□	□	□
	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るか。	□	□	□
		感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じるよう努めているか。 また、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を図っているか。	□	□	□
		空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。	□	□	□
	会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、認知症対応型共同生活介護事業とその他の事業とに区分して会計処理しているか。	□	□	□
	サービス提供記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	□	□	□
		利用者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存している。	□	□	□
	利用者に関する市町村への通知	利用者について、次のいずれかに該当する状況が生じたことがあったか。 ①正当な理由なしに認知症対応型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時。 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時	□	□	□
		上記の状況があった場合には、遅延なく、意見を付してその旨を市に通知したか。	□	□	□

	項　目		はい	非該当	いいえ
	居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して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ないか。	□	□	□
第三　事業の運営	提供するサービスの質の評価	次のことについて、自己評価を行っているか。 また、その結果を重要事項説明書に添付し、利用申込者又はその家族に対して説明を行っているか。	□	□	□
		・明確な方針と目標を定め、これについて文章を交付して説明が行われ、職員や利用者等に徹底されているか。	□	□	□
		・施設・設備の安全面や衛生面はもとより、利用者の状態の安定と心身機能を促進し、地域との交流を図りながら通常の生活を送る権利を保障するための生活空間づくりの重要性を認識し、適切に行っているか。	□	□	□
		・居室や共同空間及び外観も含めて、自宅に代わる在宅としての家庭的な雰囲気づくりがなされているか。	□	□	□
		・統一的かつ効率的なケアを提供するために、介護計画や記録・申し送りの大切さが認識され、これらの一連の過程が適切に行われているか。	□	□	□
		・介護計画について、職員や利用者等が共同で取り組み、必要に応じて見直しがなされているか。	□	□	□
		・個々の利用者の特徴を踏まえ、その尊厳と権利が守られた適切な介護が行われているか。	□	□	□
		・利用者の状態の安定と心身機能を促進する観点から、身体介護、生活支援、心身の機能回復に向けた支援、医療機関の受診支援、入居者同士の交流支援、入居者と家族との交流支援等が適切に行われているか。	□	□	□
		・事業主、管理者及び職員が一体となって、サービスの質の向上に向けた運営に取り組んでいるか。	□	□	□
		・サービスを提供するための人員体制や実質的なバックアップ体制が整えられているか。	□	□	□
		・入退去を利用者等と合意しながら適切に行っているか。	□	□	□
		・グループホームに適した人材の確保や育成を図るとともに、職員の就業環境の整備が図られているか。	□	□	□
		・情報の管理と開示、サービスの内容を継続的にチエックする体制が確保され実施されているか。	□	□	□

……	項　目		はい	非該当	いいえ
第三		・家族や地域の人々、及び行政と連携を図りながら運営が行われているか。	□	□	□
事業の運営	情報公開	運営規定の概要や勤務体制、管理者及び計画作成担当者の資格、研修の履歴状況、利用者が負担する料金など情報公開を行うべき事項を定め、これらの項目について、埼玉県、市町村に対して情報提供を行っているか。	□	□	□
		また、これらの項目については、利用申込者又はその家族に対し、文書を交付して説明を行うとともに、共同生活住居内の見やすい場所に掲示しているか。	□	□	□
第四	認知症対応型共同生活介護計画の作成	平成12年度厚生省告示第22号の「厚生大臣が定める1単位の単価」に、平成12年厚生省告示第19号の別表「指定居宅介護給付費単位数表」に定める単位を乗じて費用の算出をしているか。	□	□	□
	端数処理	上記費用の額に1円未満の端数があるときは、端数を切り捨てているか。	□	□	□
介護給付費関係	認知症対応型共同生活介護費	利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定しているか	□	□	□
		利用者の数が定員を超過し、又は介護従業者が基準に満たなくなった場合には、平成12年厚生省告示第27号の五により算定しているか。	□	□	□
	初期加算	入居した日から起算して30日以内の期間については、1日につき所定単位数を加算しているか。	□	□	□
	夜間ケア加算	1名以上の介護従業者を配置し、夜間・深夜の時間帯に介護を行っているか。	□	□	□
		人員基準を満たしているか。	□	□	□
		個々の利用者について、ケアを行う上で課題となる行動や状態が24時間にわたって把握され、それらの背景・誘因等についての分析結果に基づき夜間のケアの内容を含む認知症対応型共同生活介護計画が作成されているか。	□	□	□
		過去1年以内に自己評価を行い結果を公開し、過去1年以内に外部評価を受けて結果を公開しているか。	□	□	□

（2）その他（具体的に記入して下さい）

……	項　目		はい	非該当	いいえ
第五その他	サービス提供拒否及び提供困難時の対応	サービスの提供を拒否したことがあるか。	□	□	□
		拒否したことのある場合、どのような理由によるものか、また、どの様に対応したか			
	秘密保持	従業者に対し、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様どの様な措置を講じているか。	□	□	□
	苦情処理	提供したサービスについて利用者又はその家族から苦情があったか。	□	□	□
		苦情があった場合、どの様な苦情であったか。			
		苦情があった場合、どのように対応したか。			

（3）研修及び従業者の勤務体制

（　　年度　研修予定・実績）

区分	実施年月日	研修出席者	研 修 内 容
所内研修			
所外研修	認知症対応型共同生活介護計画の作成		

9/9

（4）添付書類

（下記の書類について提出して下さい。）

※提出書類については、A4サイズにコピーして下さい。

1．認知症対応型共同生活介護計画書（任意1名　　年　　月分）

2．サービス提供に関する記録（上記該当者分）

3．利用者に交付している請求書（控）と領収証（控）（上記該当者分）

4．居宅サービス介護給付費明細書（上記該当者分）

5．契約書（上記該当者分）

6．重要事項説明書（上記該当者分）

7．事業所の広告又はパンフレット

8．直近事業年度の決算書（貸借対照表、損益計算書等）