

認知症対応型共同生活介護

運営指導 状況報告書

事業者名(法人名) :

事業者(法人)代表者職・氏名 :

事業所名 :

担当者職・氏名 :

(連絡先 TEL

)

指導年月日 :

令和

年

月

日

(添付資料)

- ① 自己点検表
- ② パンフレット等事業所の概要がわかるもの
- ③ 運営規程(最新のもの)
- ④ サービス契約書、重要事項説明書
- ⑤ 組織図 (職・氏名が入っているもの)
- ⑥ 平面図 (上記②に平面図が含まれている場合は省略可)

状況報告書の構成（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

シート名	構成内容	シート名	構成内容
表紙	事業所名		
p 1	1 利用者の状況 (1) 前年度利用者実績調べ		(4) 苦情対応について ア 苦情解決の仕組み イ 苦情解決の仕組みの周知方法
p 2	(2) 要介護度別実利用者数(共同生活介護) (3) 要介護度別実利用者数(短期利用) (4) 要介護度別実利用者数(通所介護) (5) 介護の状況《(2)から(4)の利用者に対する介助割合》 (6) 行動障がいのある利用者	p 10	ウ 苦情の考え方 エ 苦情の概況 オ 職員への苦情対応の周知方法 カ 苦情解決結果の公表方法
p 3	(7)サービス利用者の一覧表	p 11	(5) 感染症、食中毒の防止対策
p 4	2 職員等の状況 運営指導実施月の前々月における職員の状況	p 12	(6) サービスの質の評価の取組 (7) 職員の秘密保持対策について
p 5	3 利用者に対する処遇方針及び取組状況 (1) 取組状況一覧		(8) 非常災害対策について ア 防火管理者の状況 イ 消防計画の状況
p 6	(2) 身体的拘束等に関する取組と実施状況 ア 身体的拘束等に関する取組 イ 身体的拘束等の実施状況	p 13	ウ 防災体制の状況 エ 水防法・土砂災害防止法に関する状況 オ その他の災害計画の策定状況 カ 消防・防災訓練の状況
p 7	(3) 緊急時及び事故発生時に対する対策 ア 主な事事故事例		(9) レクリエーションの実施、地域交流・ボランティアの活用等の取組
p 8	イ 事故等の発生状況	p 14	(10) 1 運営推進会議の開催状況 (10) 2 外部評価の実施状況
p 9	ウ 同一利用者で複数回事故が発生している状況 エ 同一利用者で複数回ヒヤリ・ハットが発生している状況	p 15	4 前回指導監査で指摘された事項の改善状況

※資料内で頻出する【運営指導実施月の前々月から過去1年分】とは、運営指導が令和7年7月に行われる場合、令和6年6月から令和7年5月までのことを指します。

1 利用者の状況

(1) 前年度利用者実績調べ

	営業日 (a)	認知症対応型共同生活介護								共用型認知症対応型通所介護				
		共同生活介護				短期利用共同生活介護				前年度 (月)平均 利用者数	共用型通 所介護利 用者延数	共用型介護 予防通所介 護利用者延 数	合計延数	前年度平 均利用者 数 ス=シ÷12 (小数点以下 第2位以下切 り上げ)
		共同生活 介護利用 者延数 ア	介護予防 共同生活 介護利用 者延数 イ	合計延数 ウ=ア+イ	前年度 (月)平均 利用者数 エ=ウ÷(a)	短期利用 共同生活 介護利用 者延数 オ	短期利用介 護予防共同 生活介護利 用者延数 カ	合計延数 キ=オ+カ	前年度 (月)平均 利用者数 ク=キ÷(a)					
4月	30			0	0			0	0	0			0	
5月	31			0	0			0	0	0			0	
6月	30			0	0			0	0	0			0	
7月	31			0	0			0	0	0			0	
8月	31			0	0			0	0	0			0	
9月	30			0	0			0	0	0			0	
10月	31			0	0			0	0	0			0	
11月	30			0	0			0	0	0			0	
12月	31			0	0			0	0	0			0	
1月	31			0	0			0	0	0			0	
2月	28			0	0			0	0	0			0	
3月	31			0	0			0	0	0			0	
合計	365	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※1 複数のユニットを有している場合は、ユニットごとに作成してください。

※2 入院期間及び外泊期間中(地域密着型介護サービス費を算定しない期間)は、含めないでください。

※3 エ、ク、ケについては、小数点以下第2位を切り上げた数値を記載してください。

(2) 要介護度別利用者数(共同生活介護)
 (運営指導月の前々月末日現在の状況)
 (年 月 日現在)

	利用者数
要支援2	
要介護1	
要介護2	
要介護3	
要介護4	
要介護5	
計	0

(3) 要介護度別実利用者数(短期利用)
 (運営指導月の前々月現在の状況)
 (年 月)

	実利用者数
要支援2	
要介護1	
要介護2	
要介護3	
要介護4	
要介護5	
計	0

(4) 要介護度別実利用者数(通所介護)
 (運営指導月の前々月現在の状況)
 (年 月)

	実利用者数
要支援1	
要支援2	
要介護1	
要介護2	
要介護3	
要介護4	
要介護5	
計	0

(5) 介助等の状況《(2)から(4)の利用者に対する介助割合》
 (運営指導月の前々月現在の状況)

	移動介助			食事介助			排せつ介助		
	自立	一部	全部	自立	一部	全部	自立	一部	全部
共同生活介護									
短期利用									
通所介護									

※1 移動介助とは、車椅子等への移動時の介助者

※2 割合は概ねで差し支えありません。

※(2)~(4):月の途中で要介護度が変更になった者については、要介護度の高い方に区分してください。(把握できる範囲内で可)

(6) 行動障がいのある利用者 【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

利用者名		行動障がいの内容(具体的に)	利用開始年月日
性別	年齢		利用開始からの 身体拘束実施の有無
			有・無

※1 行動障がい(徘徊、大声を発する、乱暴な口の利き方等を頻りに繰り返すなど)のある利用者について記載してください。

(7) サービス利用者の一覧表 事業所で採用しているアセスメント方式(

) 【運営指導実施月の前々月の利用者の状況】

番号	氏名	年齢	性別	要介護度	要介護認定の有効期間(直近)	入居年月日	アセスメント実施年月日(直近)	サービス担当者会議開催年月日(直近)	利用者の計画同意年月日(直近)	認知症対応型共同生活介護計画作成年月日(直近)	加算の内容	担当介護支援専門員*(または計画作成者)
例)	新〇太〇	84	男	4	R5.1.1~R7.12.31	R5.1.15	R5.1.16	R5.1.17	R5.1.17	R5.1.17	初期、医療連携体制(I)	新潟 花子
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												

*介護支援専門員の資格証の有効期限及び更新手続き状況を法人及び事業所内でどのように確認・管理しているか記載してください。【資料作成日現在】

- ※1 利用者名簿等既存の資料がある場合は、当該資料(コピー等)により代用しても差し支えない(ただし、上記の項目を満たさない場合は、手書き等により追記すること。)
- ※2 氏名は「N. T」や「新〇太〇」などとし、実地指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化すること。
- ※3 「加算の内容」については、運営指導実施月の前々月から過去1年の間、算定している加算を記入すること。(利用者個別に算定されたものに限る)
- ※4 欄が足りない場合は、適宜、行を追加すること。

3 利用者に対する処遇方針及び取組状況

(1) 取組状況一覧（前年度分）

※1 実施している場合はプルダウンリストから○を、未実施の場合は×を、実施が不十分な場合は△を選択してください。

※2 グレーで色付けされた部分は、基準上定めのない事項です。

※3 「実施日を記入」と記載された欄の記入例：

4月1日と10月1日に実施した場合、4/1、10/1と記入してください。

項目	計画の策定	従業者への周知	定期的な見直し	委員会		指針	研修	訓練	担当者	運営規程
					従業者への周知					
業務継続計画（BCP）	災害						実施日を記入 ※年2回以上及び新規採用時	実施日を記入 ※年2回以上		
	感染症						実施日を記入 ※上記回数に含む	実施日を記入 ※上記回数に含む		
非常災害対策							実施日を記入	実施日を記入		
衛生管理							実施日を記入 ※おおむね6月に1回以上	実施日を記入 ※年2回以上及び新規採用時		
身体的拘束							実施日を記入 ※3月に1回以上	実施日を記入 ※年2回以上及び新規採用時		
虐待の防止							実施日を記入	実施日を記入 ※年2回以上及び新規採用時		
利用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 ※R9.4.1～義務化							実施日を記入			

(2) 身体的拘束等に関する取組と実施状況

ア 身体的拘束等に関する取組

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象期間中の身体的拘束等実施の有無	⇐ 「有」の場合、下段「イ」の項目も記入してください。
身体的拘束等の実施に当たっては、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件をすべて満たす状態であり、緊急やむを得ない場合に該当することを検討し、記録していますか。	
開始に当たっての検討の記録を作成していますか。	
利用者や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、理解を得ていますか。	
緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、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を記録していますか。	

イ 身体的拘束等の実施状況

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者 性別	イニシャル等 年齢	拘束実施日又は 拘束実施期間	拘束の方法	拘束の理由	家族等への説明・確認の有無	拘束に係る記録の有無

※1 具体的に記載してください。プルダウンリストで、性別を選択してください。入力例)新潟太郎の場合 →「T・N」や「新〇太〇」などとし、運営指導説明時に、施設等職員が該当者を特定できるように記号化してください。

※2 既存資料で項目を満たすものがあればその添付により代えることができます。

※3 【運営指導実施月の前々月から過去1年分】の例:運営指導が令和7年4月に行われる場合→令和6年3月から令和7年2月まで

【資料作成日現在】

(3) 緊急時及び事故発生時に対する対策	緊急時対応マニュアルの整備	有 ・ 無	マニュアルの名称		
	事故発生時対応マニュアルの整備	有 ・ 無	マニュアルの名称		
	事故発生時の再発防止策の検討状況	検討する職員			
		検討時期・方法			
事故内容及び再発防止策についての職員への周知方法					

ア 主な事故事例

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者ニナル等		事故等の内容 (発生日時、発生場所、利用者の症状等)	原因	再発防止策	再発防止策の検証の有無	市町村への報告
性別	年齢					
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無

※1 利用者等の死亡・負傷(医療機関への受診を要したもの)及び誤薬、盗難、傷害事件、行方不明、個人情報紛失等利用者に影響があるものについて記入してください。

※2 【運営指導実施月の前々月から過去1年分】の例:運営指導が令和4年4月に行われる場合→令和3年3月から令和4年2月まで

イ 事故等の発生状況

○事故とヒヤリハットの区分け(定義づけ)

※貴事業所では、どのような事象を事故と捉え、どのような事象をヒヤリハットと捉えているか、定義を記入してください。

区分	定義時期	事故	ヒヤリハット
内容(定義)	年 月 日から		

○事故・ヒヤリハット事例の実績(運営指導実施月を含む年度の前年度分)

・発生月別事故件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
事故件数							
ヒヤリハット件数							
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
事故件数							0
ヒヤリハット件数							0

同一利用者で事故発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
---------------------------	-------

同一利用者でヒヤリハット発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
-------------------------------	-------

※(運営指導実施月を含む年度の前年度分)の例:運営指導が令和4年度中に行われる場合→令和3年度

事故発生事例を集計・分析していますか。	有 ・ 無
---------------------	-------

※「有」の場合は集計・分析結果を添付してください。

ヒヤリハット発生事例を集計・分析していますか。	有 ・ 無
-------------------------	-------

※「有」の場合は集計・分析結果を添付してください。

ウ 同一利用者で複数回事故が発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	事故種別	発生場所	事故状況	改善策	改善策の検証の有無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無

エ 同一利用者で複数回ヒヤリハットが発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	ヒヤリハット種別	発生場所	ヒヤリハット状況	改善策	改善策の検証の有無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無

※ 「改善策の検証の有無」には、事故等確認後に検討された改善策の有効性を定期的に検証している場合、「有」に、検証を行っていない場合「無」に○を付けてください。

(4) 苦情対応について

ア 苦情解決の仕組み

【資料作成日現在】

	設置の有無	職・氏名 等	
苦情受付担当者	有・無	職名	氏名
苦情解決責任者	有・無	職名	氏名
第三者委員	有・無	役職名	氏名
苦情解決のためのマニュアル			有・無

イ 苦情解決の仕組みの周知方法

【資料作成日現在】

窓口等への 掲示	有・無	会報等への 掲載	有・無	契約締結時 の説明	有・無
その他 (具体的に)					

ウ 苦情の考え方

【資料作成日現在】

どんなものを苦情として扱っているか、施設・事業所の考え方を記入してください。

エ 苦情の概況

【前年度】

前年度の受付件数	件	同一人による苦情申出の有無	有・無
前年度受け付けた苦情の主な事案			
受付年月日	苦情申出者名	苦情内容及びその対応	
		利用者との関係 ()	

オ 職員への苦情対応の周知方法

【資料作成日現在】

苦情内容及び当該対応の情報について、職員へどのように周知を図っているか、その周知方法を記入してください。

カ 苦情解決結果の公表方法

【資料作成日現在】

事業報告書への掲載	有・無	会報等への掲載	有・無
その他 (具体的に)			

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

(5) 感染症、 食中毒の 防止対策	感染症又は食中毒等の集団感染(要保健所報告規模)の発生 の有無(運営指導実施月を含む年度の前年度)		有 ・ 無		(感染内容)		
	感染症及び食中毒予防マニュアルの整備		有 ・ 無		マニュアルの名称		
	作成時期		令和 年 月		最終更新時期		
					令和 年 月		
	施設、食器その他の設備、飲用水等の 衛生管理						
	浴槽水のレジオネラ属菌検査の実施年月日(運営指導実施月を含む年度の前年度)				年 月 日		年 月 日
	感染症防止の措置						
衛生委員会等の設置、活動							
その他の取組							

※1 【運営指導実施月の前々月から過去1年分】の例:運営指導が令和7年4月に行われる場合→令和6年3月から令和7年2月まで

※2 (運営指導実施月を含む年度の前年度分)の例:運営指導が令和7年度中に行われる場合→令和6年度

※3 具体的に記載し、行が足りない場合は追加してください。

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

(6) サービスの質 の評価の取組	事業所の提供するサービスについて、利用者又は利用者家族からアンケート等で評価してもらっていますか。		有 ・ 無
	※アンケート等により評価をしてもらっている場合、それをどのように活用しているのか記入してください。		
	年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。		有 ・ 無
	※上記取組を行っている場合、どのような目標を立て、どのような取組を行ったか記入してください。		
職員毎に年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。 ※事業所で様式を定め、職員毎に自己点検を行っている場合は、その様式を1部添付してください。		有 ・ 無	
その他サービスの質 の評価の取組			

(7) 職員の秘密保持対策について

【資料作成日現在】

<p>従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た利用者等又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、どのような措置を講じているか記入してください。</p>

(8) 非常災害対策について

ア 防火管理者の状況

【資料作成日現在】

防火管理者 職・氏名		防火管理者講習 受講年月日	年 月 日 受講
防火管理者 選任年月日	年 月 日 選任	消防署への届出 年月日	年 月 日 届出

イ 消防計画の状況

【資料作成日現在】

消防計画作成 年月日	年 月 日 作成	消防署への届出 年月日	年 月 日 届出
---------------	----------	----------------	----------

ウ 防災体制の状況

【資料作成日現在】

近隣施設・地域住民 との協力体制	
夜間勤務職員の 役割の明示	

エ 水防法・土砂災害防止法に関する状況

【資料作成日現在】

市地域防災計画に定められた浸 水想定(土砂災害警戒)区域内の 要配慮者利用施設	該当 ・ 非該当	(左記が「該当」の場合のみ) 災害対策計画等の市への提 出	提出 ・ 未提出
---	----------	-------------------------------------	----------

要配慮者利用施設に該当するか否かや、計画の提出状況等は各事業所で確認してから記載してください。

オ その他の災害計画の策定状況

【資料作成日現在】

災害名	災害対応マニュアルの作成状況	災害対応マニュアルへの位置付けの有無		
	作成年月日	避難場所	避難経路	自力避難困難者等 の避難方法
火災	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
地震	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
風水害	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
津波	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
土砂災害	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
その他※	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
※「その他」のマニュアルを作成している場合は、 災害の名称を記載してください				
関係機関との協議状況 (消防署・市等からの指導・助言)				

カ 消防・防災訓練の状況

【前年度実績】

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
消 防 訓 練	※該当箇所に○印														
	実施日														
	実施内容	避難													
		救助													
		通報													
		消火													
	消防署への事前通知														
	消防署の立会い														
近隣施設・地域住民の参加															
その他の防災訓練()															
消防器具・避難経路等の自主点検															

※1 各月の「実施日」には実施した日付を、「計」には実施回数を記入してください。

※2 夜間に避難訓練等を行った場合や限界時間想定訓練を実施した場合には、「実施内容」に「○」ではなく「夜」や「限」を記入してください。

※3 「その他の防災訓練」、「消防器具・避難経路等の自主点検」については、実施日を記入してください。

(9) レクリエーションの実施、地域交流・ボランティアの活用等の取組

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

施設内でのレクリエーションや、地域住民、外部ボランティアの受け入れ等を行っている場合、活動内容について記入してください。

--

	開催年月日	主な評価	主な要望及び助言
	(10)1 運営推進会議の開催状況		
(10)2 外部評価の実施状況	直近の外部評価実施年月日		
	事業所における外部評価結果の公開の方法		

※【運営指導実施月の前々月から過去1年分】の例:運営指導が令和7年4月に行われる場合→令和6年3月から令和7年2月まで

4 前回指導監査で指摘された事項の改善状況

(1) 過去に介護保険法に基づく運営指導・書面監査・監査等を受けたことがありますか。		有 ・ 無 ・ 不明
(2) 受けたことがある場合、前回の区分、指摘事項及び改善状況について下記に記入してください。		
区 分	指 摘 事 項	改 善 状 況
運営指導 ・ 書面監査 監査 ・ その他 () 実施年月日：	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	

- ※1 (1)、(2)ともに該当する箇所を選択または「○」を記入してください。
- ※2 当時の記録がなく、指摘事項が判らない場合は「不明」と記入してください。
- ※3 記入しきれない場合は別紙としてください。