**＿＿年度**　ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　自主点検表

（併設短期入所生活介護・併設介護予防短期入所生活介護を含む）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 記入者職名 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者（理事長）名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 事業所 | 名称 | 地域密着型介護老人福祉施設　事業所番号（　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| 併設（介護予防）短期入所生活介護事業所　事業所番号（　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 |  |
| 施設の区分 | ユニット型　（ユニット数　　　） |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | 定　員　　　　　名 | 入所者数（前年度の平均値）　　　　　　名 |
| 併設短期入所生活介護　　　　（予防含む） | 定　員　　　　　名 | 利用者数（前年度の平均値）　　　　　　名 |

□　自主点検表記載にあたっての留意事項

　　○チェック項目　　・該当するものにチェック（☑）をしてください。

　　　　　　　　　　　・内容欄の項目について該当のない場合については、該当無をチェックしてください。

・記入すべき箇所については、できる限り具体的に記入してください

・｢入所者｣とは「入所者」及び「入居者」のことをいいます。

・「施設サービス」とは「指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」のことをいい

ます。

　ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

| 項　　目 | 内　　　　　　　　容 | できている | できていない | 該当無 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１ 基本方針 | (1)入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。 | □ | □ | □ |
| (2)地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の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。 | □ | □ | □ |
| 第２ 人員に関する基準 |  |  |  |  |
| １ 医　師 | 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置していますか。※サテライト型居住施設については、本体施設の医師により当該サテライト型居住施設の入所者の健康管理が適切に行われていると認められるときは、これを置かないことができます。 | □ | □ | □ |
| ２ 生活相談員 | (1) １以上配置していますか。※サテライト型居住施設にあっては、常勤換算方法で1以上ですか。※本体施設が（地域密着型）介護老人福祉施設又は介護老人保健施設である場合は、本体施設の生活相談員又は支援相談員によるサービス提供が、サテライト型居住施設の入所者に適切に行われていると認められるときは、これを置かないことができます。 | □ | □ | □ |
|  | (2) 生活相談員のうち１人以上は常勤の者となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3) 社会福祉法第19条にいう社会福祉主事の資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者(介護福祉士又は介護支援専門員等)となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ３ 介護職員又は看護職員 | (1)介護職員及び看護職員の総数は常勤換算方法で入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上配置していますか。※当該施設の入所者と指定短期入所生活介護の利用者の数とを合算した数について、常勤換算してください。 | □ | □ | □ |
|  | (2)介護職員のうち１人以上は常勤の者となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)看護職員を１以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)看護職員のうち１人以上は常勤の者となっていますか。※サテライト居住施設にあっては、常勤換算方法で1以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)夜勤職員以外に宿直職員を配置していますか。（夜勤職員配置加算の要件を満たす夜勤職員を配置し、かつ当該夜勤職員のうち１以上の者を夜間における防火管理の担当者として指名している時間帯を除く。） | □ | □ | □ |
| ４ 栄　養　士 （管理栄養士） | １人以上配置していますか。※隣接の他の社会福祉施設や病院等の栄養士又は管理栄養士との兼務や地域の栄養指導員との連携を図ることにより、適切な栄養管理が行われている場合であって入所者の処遇に支障がないときは置かないことができる※サテライト型居住施設の栄養士又は管理栄養士について、本体施設（（地域密着型）介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病床数100以上の病院に限る。）の栄養士（管理栄養士）によるサービス提供が、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われていると認められるときは置かないことができる。 | □ | □ | □ |
| ５ 機 能 訓 練指 導 員 | (1)１以上配置していますか。　　※本体施設が指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設である場合は、本体施設の機能訓練指導員又は理学療法士若しくは作業療法士によるサービス提供が、サテライト型居住施設の入所者に適切に行われていると認められるときは、これをを置かないことができます。 | □ | □ | □ |
| (2)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の資格を有する者ですか。（日常生活、レクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導は、当該施設の生活相談員又は介護職員の兼務可） ※・入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可。・看護職員が機能訓練指導員を当該施設で兼務をする場合、看護職員の配置基準を満たすと同時に、当該機能訓練指導員の勤務時間の全体を看護職員に係る勤務時間として算入できる。 | □ | □ | □ |
|  | (3)個別機能訓練加算（機能訓練指導体制加算含む）を算定していない場合は、常勤の機能訓練指導員として、障害者（視覚障害者のあんまマッサージ指圧師等）を雇用する意向・計画はありますか。（既に体制をとっている場合は該当なしにチェックすること。） | □（有） | □（無） | □ |
| ６ 介護支援専門員 | (1)１以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)常勤専従の者が配置されていますか。　※・入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可・当該施設の他の職務を兼務する場合、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務に係る勤務時間として算入できる。・居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可（増員に係る非常勤の介護支援専門員についてはこの限りでない。）※本体施設が指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病院（指定介護療養型医療施設の場合に限る。）である場合は、本体施設の介護支援専門員によりサテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われていると認められるときは、これを置かないことができます。※本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設であって、サテライト型居住施設に医師又は介護支援専門員を置かない場合にあっては、本体施設とサテライト型居住施設の入所者の数の合計数が、100又はその端数を増すごとに1を標準となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ７ 入所者の算定 | 従業者の員数算定のための入所者数について ・前年度の平均値としていますか。（延べ入所者数（外泊・入院を含まない。ただし、戻った日は含む）÷年暦日数） | □ | □ | □ |
|  |  ・新規指定施設は適正な推定数により算定していますか。（6ヶ月未満はベッド数の90%　6ヶ月超1年未満は直近6月平均） | □ | □ | □ |
| 第３　設備に関する基準 |  |  |  |  |
| １ 居室 | (1) ①居室定員は１人となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ②居室の床面積は、10.65平方メートル以上となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2) ２人部屋がある場合は、21.3平方メートル以上となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)ユニットの入居定員は、おおむね10人以下となっていますか。※ただし、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が15 人までのユニットも認める。 | □ | □ | □ |
|  | (5)ブザー又はこれに代わる設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| (6)共同生活室に面している居室について、利用者のプライバシーを確保する措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ２ 浴室 | (1)特別浴槽を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)要介護者が入浴するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ３ 洗面所 | (1)居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| (3) ブザー又はこれに代わる設備が設けられるとともに、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ４ 便所 | (1)居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けられていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)ブザー又はこれに代わる設備が設けられるとともに、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ５ 医務室 | (1)医療法第１条の５第２項に規定する診療所となっていますか。（医療法第１条の５第２項（この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の収容施設を有しないもの又は患者19人以下の収容施設を有するものをいう。））※ただし、本体施設が指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設であるサテライト型居住施設については、医務室は必要とせず、入居者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けることで足ります。 | □ | □ | □ |
|  | (2)必要な医薬品及び医療器具を備えていますか。また、必要に応じて臨床検査設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ６ 共同生活室 | (1)他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車いすが支障なく通行できる形状が確保されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)共同生活室の床面積は、２平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。 | □ | □ | □ |
| ７ 廊下幅 | (1)片廊下　1.5メートル以上中廊下　1.8メートル以上となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)上記廊下幅を確保できていない場合は、廊下の一部の幅を拡張すること等により、入居者、職員等の円滑な往来に支障が生じないようになっていますか。 | □ | □ | □ |
| ８ 消火設備等 | (1)消火設備、その他の非常災害に際して必要な設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)消火器の設置について、利用者、入所者が直接触れることができない措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ９ その他 | (1)各設備は専ら施設の用に供するものとなっていますか。 　（入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。） | □ | □ | □ |
|  | (2)面積又は数の定めのない設備については、機能を十分に発揮し得る広さ又は数を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)変更申請及び変更届出をせずに、用途を変更していませんか。 | □ | □ | □ |
| 第４ 運営に関する基準 |  |  |  |  |
| １ 内容及び手続きの説明及び同意 | (1)サービスの提供開始の際に、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）を交付して説明し同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)重要事項説明書及び入居契約書には、日付、説明者及び利用申込者が漏れなく記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。※次の各事項の（　）内の事項で記載しているものの「□」に✓をすること。 | □ | □ | □ |
|  | ①　運営規程の概要　□開設者情報　　□施設情報　　□運営方針及び目的　□ユニット数及びユニットごとの入居定員　　□留意事項　　□非常災害対策　□身体的拘束等原則禁止　□虐待防止措置 | □ | □ | □ |
|  | ②　従業者の勤務体制　□職種　　□基準人員数　　□実配置人員数　□職務内容 | □ | □ | □ |
| ③　利用料及びその他の費用　□施設サービス費　　□加算関係　　□その他の費用□居住費及び食費の負担限度額□居住費の外泊時の取扱い　　□消費税の課税の有無　□その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き　□徴収方法 | □ | □ | □ |
|  | ④　事故発生時の対応　□連絡先（東大阪市）　　□連絡先（入居者の家族）　□対応策　　□損害賠償 | □ | □ | □ |
| ⑤　苦情処理の体制　□施設内の処理体制及び連絡先　□連絡先（東大阪市）　□連絡先（国保連）　 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　その他入居者の選択に役立つ事項　※主な事項を記載　□協力病院（電話番号、診療科目含む）□協力歯科（電話番号含む）□第三者評価の実施（有・無）（有の場合、実施日、評価機関名、開示状況を記入）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | (4)入居者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ２ 提供拒否の禁止 | 正当な理由なくサ－ビスの提供を拒否せず適切に入居受入れを行っていますか。※正当とならない事例 → 要介護度、所得の多寡、ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎等※拒否せざるを得なかった事例とその対応

|  |
| --- |
|  |

 | □ | □ | □ |
| ３ サービス提供困難時の対応 | サ－ビス提供が困難な場合、適切な病院や診療所等の紹介を速やかに行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ４ 受給資格等の確認 | (1)被保険者証で、東大阪市の被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮したサービス提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ５ 要介護認定申請に係る援助 | (1)入所申込者が要介護認定等を受けていない場合に、既に東大阪市に要介護認定申請が行われているか確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)要介護認定の申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)要介護認定の有効期間が終了する３０日前までに要介護認定の更新申請が行われるように必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ６ 入退所 | (1)入所申込者の心身の状況、病歴等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①心身の状況、病歴等の把握に際し、主治医意見書、診療情報提供書等を活用し、一律に診断書を求めないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②入所申込みの際に必要のない事項（本籍地、出生地、宗教、学歴、職歴等）の調査及び書類提出を求めないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)大阪府入所選考指針に基づいた入所選考を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①入所待ちの入所申込者がいる場合は、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、入所の必要が高いと認められる者を優先的に入所させるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②入所選考委員会を、原則として毎月１回開催し、選考者名簿の調製を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性の確保に留意して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3) 入所者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討を行っていますか。 　■検討会議名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　■参加職員職種（参加するすべての職種を記載すること。　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | (4)居宅において日常生活が営むことができると認められる場合に、円滑な退所のための援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| (5)安易に施設側の理由により退所を促していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)要介護１又は２の者からの申込があった場合、地域包括ケア推進課と調整していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)①退所に際しては、居宅介護支援事業者に対する情報の提供や保健医療 　サ－ビス又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。 | □ | □ | □ |
|  | ②また、介護状況を示す文書を添えて情報提供していますか。 | □ | □ | □ |
| ７ サービス提供の記録 | (1)当該入所者の被保険者証に次の事項を記載していますか。 | □ | □ | □ |
| ①入所年月日 | □ | □ | □ |
|  | ②施設の種類及び名称 | □ | □ | □ |
|  | ③退所年月日 | □ | □ | □ |
|  | (2)提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。 | □ | □ | □ |
| ８ 利用料等の受領（法定代理受領サービス） | (1)法定代理受領サービスに該当する場合、介護報酬告示上の額（算定する加算を含む。）の１割、２割又は３割の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)介護報酬告示上の額の１割、２割又は３割負担分について、公費負担対象となる入居者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)介護報酬告示上の額の１割、２割又は３割負担分について、高額介護サービス費の所得区分に応じた月額負担上限額を超える場合は、当該上限額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4) 法定代理受領サービスに該当しない場合に必要となる費用と法定代理受領サービスに該当する場合に必要となる費用との間に不合理な差額を設けていませんか。 | □ | □ | □ |
| （特別な食事料） | (5)通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなどすることにより必要な費用徴収にふさわしいものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|   | (6)当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。※提供ごとに費用が異なる場合には「実費」との規定でも可ですが、別途消費税が必要となることの規定は必要です。 | □ | □ | □ |
|  | (7)支払を受ける額は、当該食事の提供に必要となる費用から通常の食費の額を控除した額として、その額に消費税を含めた金額となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)当該食事の提供に当たっては、医師との連携の下に管理栄養士または栄養士による入居者ごとの医学的及び栄養学的な管理を行うこととしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (9)実際の当該食事の提供に際しては、入居者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。 | □ | □ | □ |
| （居住費及び食費） | (10)負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者については、居住費及び食費ともに当該認定証に記載されている負担限度額の範囲内で徴収していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (11)入院または外泊している入居者のベッドを当該入居者に同意を得た上で、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護として利用している場合は、当該入居者から居住費を徴収していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (12)入居者から居住費及び食費ともに、負担限度額の範囲内で徴収する場合に、特定入所者介護サービス費（補足給付）と整合が図られていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (13)負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者であるものの、居住費及び食費について、いずれかを負担限度額の範囲内で徴収していない場合は、特定入所者介護サービス費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費） | (14)当該費用の徴収に当たっては、入居者又はその家族の希望によるものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (15)当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複したものとなっていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (16)当該費用は、あいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (17)当該費用について、入居者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (18)当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を規定していますか。  | □ | □ | □ |
|  | (19)預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っていますか。 |  |  | □ |
|  | ①預かり金管理規程を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　③適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　④入居者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　⑤預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されていますか。 | □ | □ | □ |
|   | 　⑥入居者又は家族等に定期的（少なくとも３ヶ月に１回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (20)預かり金の管理費用は実費相当となっていますか。また、積算根拠は文書等により明確にされていますか。 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費以外の費用） | (21)施設サービス費の一環として提供される日常生活上の便宜とはいえないものについては、その他の日常生活費とは別に徴収していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (22)その他の日常生活費以外のものについても、入居者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
| （領収書） | (23)入居者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を発行していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (24)領収書には、消費税の課税・非課税の区分が明確にされていますか。 | □ | □ | □ |
| ９ 保険給付の請求のための証明書の交付 | 法定代理受領サービスに該当しない施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、その提供した施設サービスの内容、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入居者に交付していますか。 | □ | □ | □ |
| 10 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針 | (1)入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるように配慮してサービスが行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)入居者のプライバシーの確保に配慮して、サービスが行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)施設サービスが、入居者の自立した生活を支援することを基本としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況等に応じ適切な処遇を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)入居者又は家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいよう説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 　　　　　　　　 | (7)施設サ－ビスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| （身体拘束の原則禁止） | (8)サービス提供に当たっては、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する行為を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 昨年度、今年度において、身体的拘束等を行ったことがありますか。 | □有・□無 |
|  | 【有の場合、どのような身体的拘束等を行いましたか。】 |  |  |  |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また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。 |  | 件 |
|  | ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・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。 |  | 件 |
|  | ・自分の意志で開けることができない居室等に隔離する。 |  | 件 |
|  | (9)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ますか。　【実施日】　　昨年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　　　　　　　　今年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | □ | □ | □ |
|  | ①幅広い職種により構成していますか。□施設長（管理者）　□事務長　□医師 □看護職員　□介護職員 □生活相談員 その他（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ②構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、身体的拘束等の適正化対応策を行う専任の担当者を決めていますか。 　担当者の職種（　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ③次の取組みを行っていますか。イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。ロ 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 | □ | □ | □ |
|  | (10)身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  |  ・　次の内容が盛り込まれていますか。 |  |  |  |
|  | 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身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑥入所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 | □ | □ | □ |
|  | (11)①従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年２回以上）に実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |

 |
|  | ②新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか | □ | □ | □ |
|  | (12)緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、必要事項の記録を行っていますか。（なお、記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き」に収載されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）」に準ずること。） | □ | □ | □ |
|  | ①どのような身体的拘束等を行うか。 | □ | □ | □ |
|  | ②いつからいつまで身体的拘束等を行うか。 | □ | □ | □ |
|  | ③その際の入居者の心身の状況はどのようであるか。 | □ | □ | □ |
|  | ④緊急やむを得ない理由 | □ | □ | □ |
| 　　　　　　　　　 | 1. 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、本人又はその家族に説明していますか。
 | □ | □ | □ |
|  | 1. 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、ケ－ス検討会議等で他に方法がないかどうか検討していますか。
 | □ | □ | □ |
| 11 地域密着型施設サ－ビス計画の作成 | (1)施設サービス計画は入所後漏れなく遅滞なく作成されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)介護支援専門員にサ－ビス計画の作成に関する業務を担当させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて地域密着型施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)施設サービス計画の作成に当たって、入所者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活ができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)アセスメントに当たって行う面接の趣旨を入所者及びその家族に対して説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)施設サ－ビス計画作成に当たって、入所者及びその家族の希望、入所者について把握された解決すべき課題に基づき、原案を作成していますか。 　（他の従業者との協議、サ－ビス目標及び達成時期、サ－ビス内容等） | □ | □ | □ |
|  | (7)サービス担当者会議の開催又は、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。　※担当者とは、医師・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員・栄養士等の入所者の介護及び生活状況に関係する者を指します。 | □ | □ | □ |
|  | (8)施設サ－ビス計画の原案について、入所者に対して説明し文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
| (9)①施設サ－ビス計画を作成した際には、入所者に対して施設サービス計画を交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　　②また、交付したことがわかるよう記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (10)施設サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、入所者及び家族、施設の各職種の担当者との連絡を行うこととし、特段の事情のない限り、次のように行っていますか。 |  |  |  |
| ①定期的に入所者に面接していますか。 | □ | □ | □ |
| ②施設サ－ビス計画の実施状況を把握(モニタリング)し、その結果について定期的に記録していますか。 | □ | □ | □ |
| (11)施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(継続的なアセスメントを含む)を行い、必要に応じ計画の変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (12)入所者が要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的見地からの意見を求めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (13)変更においても計画作成と同様の一連の手続きを行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 12　介護 | (1)介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)①入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供していますか。また、やむを得ない場合には、入浴の機会に代えて清しきを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②個浴の実施など入居者の入浴の意向に応じることができるだけの入浴機会が設けられていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)入浴前に健康状態を適切に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)入浴方法は心身の状況、自立支援を踏まえ、適切に行われていますか。　　（一般浴、リフト浴、特別浴等） | □ | □ | □ |
|  | (6)①入居者の意向に応じて適切な方法により入浴の機会を提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②やむを得ない理由で入浴が行えない場合は清しきを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※入浴の実施状況・一般浴（入居者１人当たり）　週　　回対象者数：　　　人　　入浴日：　　　　・特別浴（入居者１人当たり）　週　　回　　対象者数：　　　人　　入浴日：　　　　・当日入浴できない者の処遇状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※オムツ使用等の状況使用者数　　　　人（うち夜間のみ使用者数　　　人）定時交換回数　　　回、トイレ誘導者数　　　人、誘導回数　　回 |
|  | (7)排泄の自立支援について、必要な援助をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)おむつの交換や清拭、ポ－タブルトイレの使用等に際してのプライバシーに配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (9)おむつ交換等排泄介助については、夜間時間帯の間隔やおむつの交換の必要回数が確保されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (10)排泄の経過を把握し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
| （褥瘡対策） | (11)褥瘡患者の状況入居前から　　　　名　　入居後発症　　　　名 |
|  | (12)褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するために、例えば以下のような体制を整備していますか。 |  |  |  |
|  | ・褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入居者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を決めていますか。　　担当職種（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ・医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置していますか。構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）開催頻度　　　　回/　月・年　　 | □ | □ | □ |
|  | ・褥瘡対策のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |

 |
|  | (12)離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (13)常時 1人以上の介護職員を介護に従事させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (14)入居者の負担により、従業者以外の者による介護を受けさせず、従業者で対応していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (15)家族に介護に来るよう強制せず、従業者で対応していますか。 | □ | □ | □ |
| 13 食事の提供 | (1)栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮したものとなっていますか 。 | □ | □ | □ |
|  | (2)栄養量は「日本人の食事摂取基準（最新版）」を踏まえたものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)朝食、昼食は適切な時間に提供していますか。　　　　■・朝食　－　配膳時刻　　　時　、食事時間　　　時～　　時　　　　　・昼食　－　配膳時刻　　　時　、食事時間　　　時～　　時 | □ | □ | □ |
|  | (4)夕食は午後６時以降（早くても午後５時以降）に配膳されていますか。■・夕食　－　配膳時刻　　　時　、食事時間　　　時～　　時　　　 | □ | □ | □ |
|  | ※食事の提供状況（直近１ヶ月における利用実人員）①普通食　　　　　　人　　②濃厚流動食　　　 人（うち療養食該当 　　人）③・療養食　　　　　　人（療養食加算を算定している者）・糖尿病食　　　　人　・腎臓病食　　　　人（心臓疾患に対する減塩食療法）・肝臓病食　　　　人　・胃潰瘍食　　　　人・貧血食　　　　　人　・脂質異常症食　　　人・膵臓病食　　　　人　・痛風食　　　　　人・特別な場合の検査食　　　　人 |  |  |  |
|  | (5)調理は献立に従って行うとともに、実施状況が明らかにされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)献立は必要に応じ、医師の指導を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)調理及び配膳に当たり、適切な衛生管理がなされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)食事は、入居者の自立の支援に配慮し、できるだけ共同生活室で摂ることを支援していますか。その際、共同生活室で食事を摂るよう強制していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (9)保存食は材料及び調理済食品を２週間分保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (10)①(調理関係職員（調理員、栄養士等）の検便は定期的（月１回以上）　　　に行っていますか。（夏季は月２回以上が望ましい） | □ | □ | □ |
|  | 　 ②新規採用者の場合、調理業務従事前にも行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (11) 業務委託している場合には、下記の項目について施設自らが行っていますか。 |  |  | □ |
|  | ①栄養管理 | □ | □ | □ |
|   | ②調理管理 | □ | □ | □ |
|  | ③材料管理 | □ | □ | □ |
|  | ④施設等管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑤業務管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑥衛生管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑦労働衛生管理 | □ | □ | □ |
|  | (12) 食事提供については、入居者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入居者の食事に的確に反映させるため、居室関係部門と食事関係部門との連携並びに食事内容の検討を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (13) 入居者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (14) 食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (15)入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。 | □ | □ | □ |
| 14　相談及び援助 | 常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又は家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言又は援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 15　社会生活上の便宜の供与等 | (1)家族や友人が気軽に来訪・宿泊することができる機会や、入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動(同好会やクラブ活動などを含める)の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)①入居者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについてその者又は家族が行うことが困難な場合は、その者の同意を得て代行していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②金銭に係るものは書面等により事前に同意を得、代行後、その都度本人の確認を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)常に入居者の家族との連携を図り、入居者とその家族との交流の機会を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)入居者の外出の機会を確保するように努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 16 機能訓練 | (1)①入所者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②必要な器具を整備し、活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③実施計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④実施経過、結果の記録を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)能訓練室での訓練以外の訓練についても十分に配慮されていますか。（日常生活での機能訓練、レクリエ－ション、行事の実施等） | □ | □ | □ |
|  | 　　■レクリエーション、行事の主なもの

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |
| 17　栄養管理 | （1）入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。（令和３年度より栄養マネジメント加算を廃止し、基本サービスとして行うこととされた。） | □ | □ | □ |
|  | ※栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により栄養管理を行うこと。 |  |  |  |
|  | （2）栄養ケア・マネジメントの実務 　栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16 日老認発0316 第３号、老老発0316 第２号）第４を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | ア　入所時における栄養スクリーニング介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所者の入所後遅くとも１週間以内に、関連職種（医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者）と共同して低栄養状態のリスクを把握（栄養スクリーニング）していますか。* 栄養スクリーニングは、別紙様式４－１の様式例を参考にすること。
 | □ | □ | □ |
|  | イ　栄養アセスメントの実施①管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎に解決すべき課題を把握（栄養アセスメント）していますか。※栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－１の様式例を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | ウ　栄養ケア計画の作成①管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、入所者の栄養補給、栄養食事相談、課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画を作成していますか。※必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。※施設サービス計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ②管理栄養士は、サービス担当者会議に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させていますか。また、栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | エ　入所（院）者及び家族への説明介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所者又は家族に分かりやすく説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　オ　栄養ケアの実施　　サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っていますか。また定期的に栄養状態を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　カ　モニタリングの実施　　①下記の頻度でモニタリングを実施していますか。 |  |  |  |
|  | ・低栄養状態の低リスク者　　　おおむね３か月毎 | □ | □ | □ |
|  | 　　・低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者　　おおむね２週間毎 | □ | □ | □ |
|  |  　 ②低リスク者を含め１か月毎に体重を測定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　　③栄養ケア計画の変更の必要性を判断し、モニタリングの記録は、別紙様式４－１の様式例を参照の上、作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　キ　再栄養スクリーニングの実施介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを３カ月毎に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　ク　栄養ケア計画の変更　栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更をおこなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ケ　退所時の説明退所時には、総合的な評価を行い、その結果を入所者又は家族に分かりやすく説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和３年厚生労働省令第９号。以下「令和３年改正省令」という。）附則第８条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 | □ | □ | □ |
| 18 口腔衛生の管理 | (1)入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。（介護老人福祉施設においては、令和３年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスと行うこととされた。） | □ | □ | □ |
|  | 口腔衛生の管理については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16 日老認発0316 第３号、老老発0316 第２号）第７を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | (2)当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)技術的助言及び指導に基づき、別紙様式７を参考に以下の事項を記載した入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成していますか。イ 助言を行った歯科医師ロ 歯科医師からの助言の要点ハ 具体的方策ニ 当該施設における実施目標ホ 留意事項・特記事項※当該計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ・技術的助言及び指導を踏まえ、必要に応じて定期的に当該計画を見直していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っていますか。※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第９条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 | □ | □ | □ |
| 19 健康管理 | 医師又は看護職員は、常に入所者の健康状況に注意し、健康保持のための措置を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 20 入所者の入院期間中の取扱い | (1)入院後、おおむね３月以内に退院することが明らかに見込まれるときは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、円滑に再入所できるようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　やむを得ない事情により再入所できない事例があった場合は、その事例（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  | □ |
|  | (2)入所者の入院期間中のベッドについては、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支えないが、入所者が退院時に円滑に再入所できるよう、計画的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 21入所者に関する市町村への通知 | 次のいずれかに該当する場合、遅滞なく意見を付して市町村に通知していますか。 |  |  |  |
|  | 　①入所者が正当な理由なしに指示に従わず、要介護状態の程度を増進させたとき。 | □ | □ | □ |
|  | 　②不正に保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 | □ | □ | □ |
| 22緊急時等の対応 | サービス提供中の入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対してあらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針について定めていますか。※対応方針に定める規定としては、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診療を依頼するタイミング等があげられる。 | □ | □ | □ |
| 23 管理者による管理 | 管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。※ただし、管理上支障がない場合は、同一敷地内にある事業所、施設等の職務に従事することができます。 | □ | □ | □ |
| 24 管理者の責務 | (1)管理者は、施設の従業者の管理、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、従業者に当該施設に係る基準省令の「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。 | □ | □ | □ |
| 25 計画担当介護支援専門員の責務 | (1)入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活暦、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、従業者の間で協議していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)身体的拘束等の様態及び時間その際の入所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。 | □ | □ | □ |
|  | (6)苦情の内容を把握し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)事故の状況及び事故に際して採った処置について把握し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
| 26 運営規程 | 運営規程には次の重要事項が定められていますか。 |  |  |  |
|  | 　①施設の目的及び運営方針　 | □ | □ | □ |
|  | 　②従業者の職種、員数及び職務内容 | □ | □ | □ |
|  | 　③入居定員 | □ | □ | □ |
|  | 　④ユニット数及びユニットごとの入居定員 | □ | □ | □ |
|  | ⑤施設サービスの内容　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑥利用料及びその他の費用の額※以下の事項で記載のあるものの「□」に✓をすること。　　 □施設が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外）□居住費及び食費の負担限度額　　 □居住費の入院又は外泊時の取扱い　□消費税の課税の有無　　 □その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き | □ | □ | □ |
|  | ⑦施設利用に当たっての留意事項　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑧緊急時等における対応方法 | □ | □ | □ |
|  | 　⑨非常災害対策 | □ | □ | □ |
|  | ⑩虐待の防止の措置に関する事項　（※令和６年３月31 日までの間は、努力義務） | □ | □ | □ |
|  | ⑪その他施設の運営に関する留意事項・身体的拘束等の原則禁止　･ その他の留意事項　　※主な事項を記載 |
| 27 勤務体制の確保等 | (1)事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表（予定と実績）を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護･介護職員等の配置等を明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)非常勤職員も含めた全ての職員に、雇用契約書等による勤務条件の明示を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)職員の健康診断は年１回（夜勤を行う職員については年２回）行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)入居者の処遇に直接影響を及ぼす業務について、当該施設の従業員のみによるサービスを提供していますか。　（処遇に直接影響を及ぼさない業務　：　調理業務、洗濯等） | □ | □ | □ |
|  | (5)入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮した勤務体制となっていますか。※入居者個々の個性・心身の状況・生活歴などを具体的に把握した上で、日常生活上の活動を適切に援助するために、「馴染みの関係」が求められることによるものである。 | □ | □ | □ |
|  | (6)次の勤務体制を確保していますか。①昼間については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。**(昼間の時間帯：　時～　　時)※必ず記入する。**②夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。**(夜間及び深夜の時間帯：　時～　　時)※必ず記入する。**③ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置していますか。④ユニットリーダー研修修了者が２名以上(２ユニット以下の施設の場合は１名以上)配置していますか。 | 　□　　 □　　□　□ | 　□　 　□　　□　□ | 　□　　 □　　□　□ |
| （研修関係） | (7)従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)研修に参加する職員に偏りはありませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (9)研修内容を研修参加職員以外に還元できる体制（記録含む）が整備されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (10)医療・福祉関係の資格を有さない従業者に対し、採用後１年を経過するまでに認知症介護に係る基礎的な研修（認知症介護基礎研修）を受講させていますか。　【医療・福祉関係の資格】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、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等 | □ | □ | □ |
|  | ①　医療・福祉関係の資格を有さない従業者　（　　人）②　①のうち採用後１年を経過している従業者　（　　　人）　③　②のうち認知症介護基礎研修を受講している従業者（　　　人）　　　　　 |  |  |  |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第５条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
|  | (11) 職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容ａ 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発、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。b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、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。 | □ | □ | □ |
|  | ロ 事業主が講じることが望ましい取り組みについて①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）③被害防止ための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。上記については厚生労働省ホームページを参考にすること。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_05120.html） | □ | □ | □ |
|  | ※上記については厚生労働省ホームページを参考にすること。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_05120.html） |  |  |  |
| 28業務継続計画の策定等 | (1)感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　業務継続計画には以下の内容を盛り込んでいますか。※当該計画の策定に当たっては「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照。※　①及び②を一体的に作成することを妨げない。 |  |  |  |
|  | ①感染症に係る業務継続計画　イ　平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）　ロ　初動対応　ハ　感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） | □ | □ | □ |
|  | ② 災害に係る業務継続計画イ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）ハ 他施設及び地域との連携 | □ | □ | □ |
|  | (2)従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を実施していますか。 |  |  |  |
|  | ①・研修は定期的（年２回以上）実施し、内容を記録していますか。　※感染症の業務継続計画に係る研修は、感染症の予防及びまん延防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない | □ | □ | □ |
|  | ・新規採用時にも別に当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ② 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内　の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年２回以上）に実施していますか。　※感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。 | □ | □ | □ |
|  | (3)定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第３条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
| 29 定員の遵守 | (1)施設のユニットごとの入居定員を遵守していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)居室の定員を超えないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ■緊急その他のやむを得ない事情による定員超過がある場合は、その　理由及び入居者数（記入日現在）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  | □ |
|  | (3)近い将来、地域密着型介護老人福祉施設本体に入居することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入居することが適当と認められる者が、地域密着型介護老人福祉施設（当該施設が満床である場合に限る。）に入居し、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して地域密着型介護福祉施設サービスを受けることにより、地域密着型介護老人福祉施設の入居定員を超過する(特例利用)場合は、入居定員に100分の105を乗じて得た数を超えないようにしていますか。　※この取扱いは一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があります。 | □ | □ | □ |
|  | (4)前号の特例利用の受け入れを行った場合、その理由を入居者台帳等に記録していますか。 | □ | □ | □ |
| 30 非常災害対策 | (1)非常災害に関する具体的計画はありますか。※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定により防火管理者を置くこととされている施設にあってはその者に行わせることになります。　また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせることになります。 | □ | □ | □ |
|  | (2)非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。※「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、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職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作りを求めたものです。 | □ | □ | □ |
|  | (3)①定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | □ | □ | □ |
|  | ②うち１回は夜間を想定した訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 実施の時期 | 入居者の参加 | 地域の参加 | 消防署立会い |
| . . | 昼間・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 昼間・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

どちらかを○で囲むこと。（実施の時期の夜間は夜間想定を含む） |
|  | (4) ①防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか。※当該管理者の職名を記載職名　　　　　　　　　 | □ | □ | □ |
|  | 　　 ②防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)消防法による消防計画の届出を行っていますか。消防計画の提出日　　　　　年　　月　　日 | □ | □ | □ |
| (6)消防法による避難設備、消防用設備の定期点検及び報告を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)地震防災対策マニュアルを作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 31 衛生管理等 | (1)施設、食器、飲料水等の衛生管理及び施設内の悪臭対策は適切に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)食品の保管設備、食器の消毒・保管方法等は大量調理衛生マニュアルに沿って行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)簡易専用水道【有効容量が10㎥を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年１回法定検査を受けていますか。法定検査受検日　　　　　年　　　月　　　日清掃実施日　　　　　　　年　　　月　　　日水質検査実施日　　　　　年　　　月　　　日 | □ | □ | □ |
|  | (4)貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年１回以上行っていますか。清掃実施日　　　　　　　年　　　月　　　日水質検査実施日　　　　　年　　　月　　　日 | □ | □ | □ |
|  | (5)井戸水を使用している場合、必要な水質検査を実施し、適切に衛生管理を行っていますか。水質検査実施日　　　　　年　　　月　　　日　　残留塩素測定頻度　　　　　　回/　 | □ | □ | □ |
|  | (6)施設内の適温の確保に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)シーツ交換は　週１回以上行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置かないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (9)医薬品及び医療用具の管理は適切ですか。①医薬品は、施錠のできるところに保管されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　②医務室の職員が不在になるときは、出入口を施錠していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　③冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　④医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては、管理責任者を定めていますか。（向精神薬については、医薬品受払簿を整備することが望ましい。） | □ | □ | □ |
|  | 　　⑤医薬品、薬剤の取扱いにおいて誤薬・誤飲防止等の入所者に対する安全対策を講じていますか。（入所者への与薬に関するマニュアル等の作成） | □ | □ | □ |
|  | (10)感染症予防の必要な措置を講じていますか。①感染症マニュアルを整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②感染症マニュアルに以下の項目が規定されていますか。※次の（　）内の事項で、記載している事項を○で囲んでください。 | □ | □ | □ |
|  | ・ＭＲＳＡ　　　・疥癬　　　　　　・Ｏ-１５７・ノロウイルス　・インフルエンザ　・結核・新型コロナウイルス |  |  |  |
|  | ③感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌(O-157等)感染症対策、レジオネラ症対策等について、別途通知等に基づき適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告し、施設長は必要な指示を行う体制を整えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしていますか。（職員、入所者共） | □ | □ | □ |
|  | ⑦手指消毒薬剤又は消毒器を設置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (11) 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3月に1回以上及び感染症が流行する時期等を勘案し随時開催するとともに、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ますか。【実施日】　昨年度（　　 　）（　 　　）（　　 　）（　 　　）　　　　　　　　今年度（　　 　）（ 　　　）（　 　　）（　　 　） | □ | □ | □ |
|  | ①幅広い職種により構成していますか。□施設長（管理者） □事務長 □医師 □看護職員 □介護職員 □管理栄養士又は栄養士、 □生活相談員 その他（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ②構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の感染対策担当者（看護師が望ましい。）を決めていますか。担当者の職種（　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | (12)感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていますか。それぞれの項目の記載内容の例については厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」を参照 | □ | □ | □ |
|  | ①当該指針には、**平常時の対策**が規定されていますか。施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目等 | □ | □ | □ |
|  | ②当該指針には、**発生時の対応**が規定されていますか。（発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等）※発生時における施設内の連絡体制や前記の関係機関への連絡体制の明記。 | □ | □ | □ |
|  | (13)①従業者に対し、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を定期的（年２回以上）に実施し、内容を記録していますか。※研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用 | □ | □ | □ |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |

研修実施状況 |
|  | ②新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 |
|  | (14)次の場合、市町村等に迅速に感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合。 | □ | □ | □ |
|  | ②同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。 | □ | □ | □ |
|  | ③上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。 | □ | □ | □ |
|  | (15)食中毒（O-157含む）及び感染症予防について必要に応じ保健所の助言、指導を求めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。 | □ | □ | □ |
|  | ③上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。 | □ | □ | □ |
|  | (16)感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的（年２回以上）に実施していますか。（訓練においては、施設内の役割分担の確認、ケアの演習等実施する。）※なお、当該訓練の義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第11条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 | □ | □ | □ |
| 32　協力病院等 | 1. ①入院治療を必要とする入所者のために、協力病院を定めていますか。

　※　協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。 | □ | □ | □ |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 診療科目 | 搬送時間 | 病床数 |
|  |  | 分 | 床 |
|  |  | 分 | 床 |
|  |  | 分 | 床 |

 |
|  | 　　②入所者の入院や休日夜間等の対応について取り決めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　　③施設から近接した病院を確保していますか。（東大阪市の条例に基づき、少なくとも１の協力病院について本市の区域内に所在するものとしなければならない。） | □ | □ | □ |
|  | 1. 協力歯科医療機関を定めていますか。

　※　協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 訪問の有無 | 施設からの距離 |
|  | 有・無 | km |
|  | 有・無 | 　　km  |

 | □ | □ | □ |
| 33 掲示 | (1) 施設内の見やすい場所に、以下の重要事項を掲示していますか。※施設に備え付け、かつ関係者がいつでも閲覧できるようにすることにより掲示に替えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ①運営規程の概要 | □ | □ | □ |
|  | ②従業者の勤務体制（職種ごと、常勤・非常勤の人数）※従業者の氏名まで掲示することを求めるものではない。 | □ | □ | □ |
|  | ③事故発生時の対応 | □ | □ | □ |
|  | ④苦情処理体制 | □ | □ | □ |
|  | ⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無・直近の年月日・評価機関の名称・評価結果の開示状況） | □ | □ | □ |
|  | ⑥その他のサービスの選択に関する重要事項　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
| (2)入所者の手の届く可能性のある掲示物に押しピンを使用していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)苦情及び虐待に係る通報窓口（市町村）の掲示をしていますか。 |  |  |  |
| 34 広告 | 広告の内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
| 35居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 | (1)居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設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供与を行なっていませんか。 | □ | □ | □ |
| (2)居宅介護支援事業者またはその従業者から、当該施設からの退所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。 | □ | □ | □ |
| 36 苦情処理 | (1)相談窓口（当該施設、市町村、国保連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を施設内に掲示していますか。苦情解決責任者：職名　（　　　　　　　）苦情対応担当者：職名　（　　　　　　　）　 | □ | □ | □ |
|  | (2)苦情を受けた場合には、苦情の内容等を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)入所者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| (4)当該市町村からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。 | □ | □ | □ |
| (5)利用者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、国保連から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)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。  | □ | □ | □ |
|  | (8)第三者委員（オンブズマン）を設置し、苦情解決に努めていますか。※置いている場合は「できている」に、置いていない場合は、「できていない」にチェックしてください。 | □ | □ | □ |
| 37 地域との連携 | (1)施設の運営に当たっては、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、当該施設を管轄する地域包括支援センターの職員、知見を有する者で構成される運営推進会議を設置し、概ね２月に１回以上開催していますか。また、運営推進会議に対し活動状況の報告をし、その評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴くようにしていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)運営推進会議に出された報告、評価、要望、助言等について記録を作成するとともに、この記録を公表しているか。 | □ | □ | □ |
| (3)施設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を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)入所者からの苦情に関して、市町村が派遣する介護相談員の受け入れや広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業に協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 38事故発生の防止及び発生時の対応 | (1)事故発生の防止のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 事故発生の防止のための指針に下記の項目が規定されていますか。 |  |  |  |
| ①施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方 | □ | □ | □ |
|  | 　②介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | 　③介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 　④施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下、「介護事故等」という。)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 　⑤介護事故等発生時の対応に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 　⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 　⑦その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針 | □ | □ | □ |
|  | (2)①事故発生の防止のための委員会を定期的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしていますか。□施設長（管理者） □事務長 □医師 □看護職員 □介護職員 　□生活相談員 その他（　　　　　　　）  | □ | □ | □ |
|  | (3)①事故発生の防止のための研修を従業者に対し、定期的（年２回以上）に実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |

 |
|  | ②新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)事故発生を防止するための体制として、上記に掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置いていますか。（事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましい。）担当者の職種（　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | (5)事故発生時は、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。個人情報の漏洩等があった場合についても、報告を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | (6)事故の状況、その背景及び事故に際して採った処置について記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行えるよう体制（保険加入、積立金）をとっていますか。 | □ | □ | □ |
| (8)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。 | □ | □ | □ |
|  | (9)事故対応マニュアル、又はそれに準ずるものを整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 39　虐待の防止 | 虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。※　当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第２条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
|  | (1)①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　 ②委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)虐待の防止のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 以下の内容が盛り込まれていますか。 |  |  |  |
|  | イ　事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 | □ | □ | □ |
|  | ロ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ハ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 二　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ホ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | へ　成年後見制度の利用支援に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ト　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | チ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | リ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項 | □ | □ | □ |
|  | (3)①介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年２回以上）実施して内容を記録していますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |
|  |  | 内部・外部 |  |

研修実施状況 |
|  | ②新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (4)上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための専任の担当者を置いていますか。（当該担当者は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。）　担当者の職種（　　　　　） | □ | □ | □ |
| 40 会計の区分 | 施設サービスの事業の会計とその他の事業との会計を区分していますか。 | □ | □ | □ |
| 41 記録の整備 | (1)①従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　②記録者は特定できますか。 | □ | □ | □ |
|  | 　③各記録が鉛筆書ではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。（電子カルテ等の場合は、できているにチェックしてください。） | □ | □ | □ |
|  | (2)入所者に対する施設サ－ビスの提供に関する諸記録を整備し、次の各号に掲げる記録について当該各号に定める日から５年間保存していますか。 |  |  |  |
|  | ①地域密着型施設サ－ビス計画：当該計画の完了の日 | □ | □ | □ |
|  | ②提供した具体的なサービス内容等の記録：当該サービスを提供した　日 | □ | □ | □ |
|  | 　③緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録：当該サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | 　④基準省令第3条の26に係る市町村への通知に係る記録：当該通知の日 | □ | □ | □ |
|  | 　⑤苦情の内容の記録：当該サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | 　⑥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：当該サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ⑦運営推進会議における活動状況の報告、評価、要望、助言等の記録：当該記録を行った日 | □ | □ | □ |
| 42　電磁的記録等 | ・　作成、保存その他これらに類するもののうち、基準省令において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができるが、この場合、以下の点に留意しているか。　＜留意すべき点＞(1) 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機（パソコン等をいう。以下同じ。）に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。(2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。①　作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法②　書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法(3) 電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | □ | □ | □ |
|  | ・　交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、基準省令において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができるが、この場合、以下の点に留意しているか。　＜留意すべき点＞(1) 電磁的方法による交付は、次の方法によること。　①　入所申込者又はその家族の承諾を得たうえで、次のいずれかの方法により提供すること。　　・　施設の電子計算機と入所申込者又はその家族の電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法・　施設の電子計算機に備えられたファイルに記録された事項を電気通信回線を通じて入所申込者又はその家族の閲覧に供し、当該入所申込者又はその家族の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法・　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに記録して交付する方法②　入所申込者又はその家族が上記①のファイルの記録を出力することにより文書を作成できること。(2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。(3) 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。(4) 電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | □ | □ | □ |
| 事業所の文書保管について | 事業者は、諸記録をどのように保管しているか。（ 紙 ・　電子　・　紙、電子併用　）具体的な保管方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）記録の盗難・紛失等を防止するため、どのような安全管理措置を行っているか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 電磁的記録を活用する場合の安全管理措置の留意点 | 電磁的記録を活用する場合、下記のような点に留意しているか。・入退館(室)管理の実施・機器、装置等の固定など物理的な保護・不正な操作を防ぐため、業務上の必要性に基づき、個人データを取り扱う端末に付与する機能を限定する・個人データに対するアクセス管理(IDやパスワード等による認証等)・アクセス記録の保存　・不正が疑われる異常な記録の存否の定期的な確認　・必要に応じて定期的にバックアップを取る　等※個人データを長期にわたって保存する場合には、クラウド等を活用してデータを保存する等、データが消失しないよう適切に保存する | □ | □ | □ |
| 43 秘密保持等 | (1)従業者に対し、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)従業者が退職後においても、正当な理由なく、当該秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ■秘密保持のための措置の内容・従業者に対する措置の内容　　（ 口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　　　　　　　））・退職者に対する措置の内容　 （ 口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　　　　　　）） |  |  |  |
|  | (3)居宅介護支援事業者等に対し、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)個人情報保護のための体制づくりがなされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)個人情報保護のために職員への意識啓発、教育を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)ケースの記録は鍵のかかる部屋に保管して施錠するなどプライバシー保護に配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)居室の表示等はプライバシーが十分に配慮されていますか。 | □ | □ | □ |
| 44 開設者の住所の変更の届出等 | 以下の事項に変更があったとき、10日以内にその旨を東大阪市長に届け出ていますか。 |  |  |  |
| ①施設の名称及び開設の場所 | □ | □ | □ |
|  | 　②開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | □ | □ | □ |
|  | 　③開設者の登記事項証明書又は条例等　　（当該指定に係る事業に関する者に限る） |  |  |  |
|  | 　④本体施設がある場合にあっては、当該本体施設の概要並びに施設と当該本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間 |  |  |  |
|  | 　⑤併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要 | □ | □ | □ |
|  | 　⑥建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要 | □ | □ | □ |
|  | 　⑦施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | □ | □ | □ |
|  | 　⑧運営規程 | □ | □ | □ |
|  | ⑨協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約内容（協力歯科医療機関の名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。） | □ | □ | □ |
|  | 　⑩介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | □ | □ | □ |
| 45介護職員によるたん吸引等の取扱い【社会福祉士及び介護福祉士法】 | (1)事業所の介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合、「認定特定行為業務従事者」として認定された者が行っていますか。 | □ | □ | □ |
| (2)認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等を行わせている場合、事業所を「登録特定行為事業者」として大阪府に登録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）に定められた要件に基づき、適切に実施しているかについて、定期的に（年1回以上）、自主点検を行い点検記録を保存していますか。※自主点検の様式は下記の大阪府のページをご確認ください。https://www.pref.osaka.lg.jp/koreishisetsu/tankyuin\_futokutei/05jigyoushatennkenn.html | □ | □ | □ |
| 46　集団指導の伝達 | 東大阪市が実施した直近の集団指導の内容について、事業所職員に周知していますか。 | □ | □ |  |