介護医療院自主点検表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日（　） |  |
| 法人名 |  |
| 代表者（理事長）名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所 | 名称 |  |  |
|  |  |
| 所在地 |  |
| 施設の区分 | □従来型　　　　　□ユニット型　　　　　□一部ユニット型 |
| 定　員 | 　　　名 | 入所者数（前年度の平均値）　　　　　　名 |
| 記入(担当)者 |  |

* 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、出来る限り具体的に記入してください。

第１ 基本方針

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
|  | 長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の意思及び人格を尊重し、入所者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.医師 | 常勤換算方法で、Ⅰ型療養床の利用者（以下「Ⅰ型入所者」）の数を４８で除した数に、Ⅱ型療養床の利用者（以下「Ⅱ型入所者」）の数を１００で除した加えた数以上配置していますか。（その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。） | □ | □ | □ |
|  | 【Ⅱ型療養床のみ有する介護医療院であって宿直を行う医師を置かない場合】入所者の数を100で除した数以上の医師を配置するものとする。（その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。） | □ | □ | □ |
|  | 【医療機関併設型介護医療院の場合】常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を48 で除した数に、Ⅱ型入所者の数を100 で除した数を加えて得た数以上の医師を配置するものとする。 | □ | □ | □ |
|  | ①　常勤の医師を配置しておらず、複数の医師が勤務する形態である場合は、そのうち1人は、入所者全員の病状等を把握し、施設療養全体の管理責任を持っており、入所者の処遇が適切に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　上記の施設で、兼務の医師は、日々の勤務体制が明確に定められていますか。 | □ | □ | □ |
| ２.薬剤師 | 下記のとおり配置していますか。【Ⅰ型】入所者の数を１５０で除した数以上【Ⅱ型】入所者の数を３００で除した数以上 | □ | □ | □ |
| ３.看護職員 | 入所者の数を6で除した数以上配置していますか | □ | □ | □ |
| ４.介護職員 | 下記のとおり配置していますか。【Ⅰ型】入所者の数を５で除した数以上【Ⅱ型】入所者の数を６で除した数以上 | □ | □ | □ |
|  | （介護職員の数を算出するに当たっては、看護職員を介護職員とみなして差し支えないが、この場合の看護職員については、人員の算出上、看護職員として数えることはできない。） |  |  |  |
| ５.理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | 実情に応じた適当数の配置がされていますか。 | □ | □ | □ |
| ６.栄養士又は管理栄養士 | 入所定員が１００人以上の場合は１人以上配置していますか（同一敷地内の病院等に当該職種がいることにより、栄養管理に支障がない場は兼務可。） | □ | □ | □ |
|  | （100人未満の施設においても常勤職員の配置に努めること） |  |  |  |
| ７.介護支援専門員 | １人以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに１人を標準とし、その端数を増すごとに増員するのが望ましい。）配置しているか。 | □ | □ | □ |
|  | 専らその職務に従事する常勤の者を配置していますか。※増員にかかる配置については、非常勤でも可 | □ | □ | □ |
|  | ※入所者の処遇に支障がない場合は、施設内の職務に従事することができる。また、医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができる。この場合、当該他の職務に係る勤務時間として算入可。 |  |  |  |
|  | 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との兼務を行っていませんか。※増員に係る非常勤の介護支援専門員については、兼務可。 | □ | □ | □ |
| ８.診療放射線技師 | 実情に応じた適当数の配置がされていますか。※併設施設との兼務により未配置も可 | □ | □ | □ |
| ９.調理員、事務員その他従業者  | 実情に応じた適当数の配置がされていますか。※併設施設との兼務や業務委託により未配置も可 | □ | □ | □ |
| １０．入所者の算定 | 従業者の員数算定のための入所者数は前年度の平均値としていますか。 | □ | □ | □ |
| 新規許可施設（事業の再開の場合を含む）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ヶ月以上1年未満は直近６月の平均入所者数。１年以上は直近１年間の平均入所者数） | □ | □ | □ |

第３　施設及び設備に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １．療養室 | 療養室の定員は４人以下となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者等１人当たりの床面積は、内法による測定で８㎡以上となっていますか。（附則第7条により介護療養型医療施設からの転換の場合は６．４㎡以上） | □ | □ | □ |
|  | ※多床室の場合にあっては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。 |  |  |  |
|  | 地階に設けてはいませんか。 | □ | □ | □ |
|  | １以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ナースコールを設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ２．診察室 | 医師が診察を行うのに適切なものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 喀痰、血液、尿、糞便等の臨床検査施設を設けていますか。※微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査の業務を委託する場合は、設けないことができる。 | □ | □ | □ |
|  | 調剤を行う施設を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ３.処置室 | 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設を設けていますか。※処置室は診察室と兼用も可。 | □ | □ | □ |
|  | 診察のため使用するエックス線装置（定格出力の管電圧が10キロボルト以上であり、その有するエネルギーが1メガ電子ボルト未満のもの）を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ４．機能訓練室 | 機能訓練室の面積が内法４０㎡以上で、必要な器械・器具を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ５．談話室 | 入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有していますか。 | □ | □ | □ |
| ６．食堂 | 食堂の面積は、入所者１人当たり１㎡以上となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ７．浴室 | 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| 一般浴槽のほか、特別浴槽を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ８．レクリエーション・ルーム | レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ９．洗面所 | 体の不自由な者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| 10.便所 | 身体の不自由な者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| 11.サービス・ステーション | 看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けていますか。 | □ | □ | □ |
| 12.調理室 | 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| 13.汚物処理室 | 他の設備と区別された一定のスペースを有していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※家族相談室、ボランティア・ルーム、家族介護教室は、サービスの性格等からして設置が望ましいので、余力がある場合は配慮すること。 |  |  |  |
| 14.構造設備 | 療養室等が２階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターを設けていますか。（療養病床からの転換の場合は、経過措置によりエレベーターを設置しなくてよい場合あり） | □ | □ | □ |
|  | 療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 廊下の幅（内法により、手すりから測定。）は、１．８ｍ以上あるか。ただし、中廊下は２．７ｍ以上あるか。（附則第5条により療養病床からの転換の場合は、それぞれ１．２ｍ以上、１．６ｍ以上） | □ | □ | □ |
|  | 手すりを設けていますか。※両側に設けることが望ましい。 | □ | □ | □ |
|  | 常夜灯を設けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービスを適切に行うために車椅子、ギャッチベッド、ストレッチャー等を備えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 家庭的な雰囲気を確保するよう創意工夫していますか | □ | □ | □ |
|  | 車椅子等の移動のための段差解消に努めていますか | □ | □ | □ |
|  | 表示等により病院又は診療所との区分を可能な限り明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 消防法第１７条の規定に基づく消防用設備等及び風水害、地震等の災害に際して、必要な設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |

第４ 運営に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １．内容及び手続きの説明及び同意 | サービスの提供開始の際に、あらかじめ入所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。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、日付、説明者及び利用申込者を漏れなく記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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に「□」に✓をすること。 | □ | □ | □ |
|  | ①運営規程の概要　□目的及び運営方針　□入所定員　　□留意事項　　□非常災害対策　□虐待防止措置　□身体的拘束等原則禁止　□医師の宿直がない理由（Ⅱ型の場合）など | □ | □ | □ |
|  | 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（市町村）　　□連絡先（入所者の家族）　□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（国保連）　　□連絡先（指定権者） | □ | □ | □ |
|  | ⑦その他入所者の選択に役立つ事項　※主な事項を記載□協力医療機関（診療科目含む）□協力歯科医療機関　など | □ | □ | □ |
|  | 入所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 | 正当な理由なくサービスの提供を拒んでいませんか。※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 | 入所申込者の病状等を勘案し、入所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は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ４.受給資格等の確認 | 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の有効期間を確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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.要介護認定の申請に係る援助 | 入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、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当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ６.入退所 | その心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者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、生活歴、病歴、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅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、その内容等を記録していますか。また、当該記録は、サービス提供の日から５年間保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、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する情報の提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 退所後の主治の医師に対する情報の提供その他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。 | □ | □ | □ |
| ７.サービス提供 | 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。 |  |  |  |
| の記録 | ①入所年月日 | □ | □ | □ |
|  | ②介護保険施設の種類及び名称 | □ | □ | □ |
|  | ③退所年月日 | □ | □ | □ |
|  | サービスを提供した際には、サービスの提供日、提供した具体的な内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該記録は、サービス提供の日から５年間保存していますか。 | □ | □ | □ |
| ８.利用料等の受領 | 法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、入所者から利用料の一部として、当該介護医療院サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合(1割、2割又は3割)に応じた額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額について、公費負担対象となる入所者に対しては、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。 | □ | □ | □ |
| 当該介護医療院サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額について、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。 | □ | □ | □ |
|  | 法定代理サービスに該当しない介護医療院サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に不合理な差額を設けていませんか。 | □ | □ | □ |
| （特別な療養室料） | 特別な療養室の定員は、１人又は２人となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 特別な療養室の定員の合計数を運営規程に定められている入所者等の定員で除して得た数が、おおむね100分の50を超えていませんか。 | □ | □ | □ |
| 特別な療養室の１人当たりの床面積が８㎡以上ですか。 | □ | □ | □ |
| 特別な療養室の施設、設備等が、利用料のほかに特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者等から受けるのにふさわしいものですか。 | □ | □ | □ |
|  | 特別な療養室の提供が、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われるものでないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 特別な療養室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ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実際の当該療養室の提供に際しては、入所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。 | □ | □ | □ |
| （特別な食事料） | 通常の食事の提供に要する費用の額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、必要な費用につき支払いを受けるにふさわしいものですか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師との連携の下に管理栄養士または栄養士による入所者ごとの医学的及び栄養学的な管理が行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食堂、食器等の食事の提供を行う環境について衛生管理がなされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事を提供することによって特別な食事以外の食事の質を損なっていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事に係る利用料の額については、特別な食事を提供することに要した費用から通常の食事の額を控除した額としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事の提供は、予め入所者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入所者の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにすることとし、利用者等の意に反して特別な食事が提供されることのないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所等の見やすい場所に、以下に掲げる事項について掲示していますか。・事業所等において毎日、又は予め定められた日に予め希望した入所者等に対して、入所者が選定する特別な食事の提供を行えること。・当該食事の内容および料金 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事を提供する場合は、入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事の提供に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実際の当該食事の提供に際しては、入所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） | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 入院又は外泊している入所者のベッドを当該入所者に同意を得た上で短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護として利用している場合は、当該入所者から居住費を徴収していませんか。 | □ | □ | □ |
| 従来型個室に入所している入所者で、多床室に係る施設サービス費を算定する場合は、多床室にかかる居住費を徴収していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所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。 | □ | □ | □ |
|  | 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（補足給付）を請求していませんか。 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費） | 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものですか。 | □ | □ | □ |
| 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関係はないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目によるものでなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、入所者又はその家族の自由な選択に基づいて行われるものであり、入所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。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、対象となる便宜及びその額を運営規程に定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ・入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、入所者等の希望を確認した上で提供されるものであり、入所者に対し、一律に提供し画一的に徴収することは認められない。） | □ | □ | □ |
| ・入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費（サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定され、利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用を当該費用として徴収することは認められない。） | □ | □ | □ |
|  | ・健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等） | □ | □ | □ |
|  | ・預り金の出納管理に係る費用 | □ | □ | □ |
|  | ・私物の洗濯代 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費以外の費用） | 施設が行う便宜の供与であっても、保険給付の対象となっているサービス及び日常生活費等に係るサービスの提供と関係なく、利用者等がその嗜好又は個別の生活上の必要に応じて購入等を行うものについては、その他日常生活費と区分して受領していますか。 | □ | □ | □ |
| その他の日常生活費以外のものについても、入所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。 | □ | □ | □ |
|  | ※　「通所介護等における日常生活費に要する費用の取扱いについて（平成12年３月30日老企第54号）」参照 |  |  |  |
| 【領収書】 | 入所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交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 領収書には消費税の課税・非課税の区分、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 領収書には、医療費控除の対象となる額を明示して記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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介護医療院サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供し介護医療院サービスの内容、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所者に交付していますか。 | □ | □ | □ |
| 10.介護医療院サービスの取扱方針 | 施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
| サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| （身体拘束等の原則禁止） | サービス提供に当たっては、当該入所者又は他の入所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（切迫性、非代替性、一時性を満たす場合）を除き、身体的拘束等その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間等以下の事項を記録していますか。 |  |  |  |
|  | 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。（設定期間は概ね１月となっていますか。） | □ | □ | □ |
|  | ③その際の入所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 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体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。 | □ | □ | □ |
|  | 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（看護師が望ましい）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。 | □ | □ | □ |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 【研修参加・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 |  |

 |
|  |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| 11.施設サービス計画の作成 | 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。 | □ | □ | □ |
| 当該施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が漏れなく作成者となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 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、当該地域の住民による自発的な活動等によるサービス等の利用も含めて、施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。※当該地域の住民による入所者の話し相手、会食など。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える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。 | □ | □ | □ |
|  | アセスメントに当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行っていますか。また、この場合において、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、下記の事項を記載した施設サービス計画原案を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①入所者及びその家族の生活に対する意向 | □ | □ | □ |
|  | ②総合的な援助の方針 | □ | □ | □ |
|  | ③生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | □ | □ | □ |
|  | ④サービスの目標及び達成時期**※各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に記載していますか。****※当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行っていますか。** | □ | □ | □ |
|  | ⑤　サービスの内容（行事及び日課等も含む） | □ | □ | □ |
|  | ⑥　サービスを提供する上での留意事項等 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画の作成に当たっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めていますか | □ | □ | □ |
|  | サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画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、薬剤師、理学療法士等、看護・介護職員及び管理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。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画原案について、入所者又はその家族に説明し、文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。また、交付したことが分かるように記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実施状況の把握（モニタリング）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、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定期的にモニタリングの結果を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合には、サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画は、入所者の状態の変化等必要に応じて変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画を変更する際にも計画作成同様の一連の手続きを行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 12.診療の方針 | 診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果もあげることができるよう適切な指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又は家族に適切な指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行っていませんか。※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年３月厚生労働省告示第107号）第五に定める療法等 | □ | □ | □ |
|  | 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方していませんか。※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年３月厚生労働省告示第107号）第六に定める医薬品 | □ | □ | □ |
| 13.必要な医療の提供が困難な場合の措置等 | 入所者の病状からみて自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた時は、協力医療機関その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
| 不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させていませんか。 | □ | □ | □ |
| 入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 往診を求めた場合に、施設が負担すべき費用が医療保険で請求されないよう注意していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者に係る往診及び通院（対診）については、**別途通知「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について(平成12年3月31日老企第59号」**に基づき行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 14．機能訓練 | 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 15　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。 | □ | □ | □ |
|  | ※　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」第二章第三を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | 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４－１－１「栄養・接触嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）」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４－１－１「栄養・接触嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）」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４－１－２「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）」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４－１－１「栄養・接触嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）」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。 | □ | □ | □ |
|  | ※令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされていた。 |  |  |  |
| 16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。 | 口 | 口 | 口 |
|  | 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」第六を参照すること。 |  |  |  |
|  | (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。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (3)技術的助言及び指導に基づき、別紙様式６－１「口腔衛生の管理体制についての計画」を参考に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。※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。 | 口 | 口 | 口 |
|  | ・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。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (4)従業者又は歯科医師等が入所者の施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施し、各入所者について、別紙様式 ６－３「口腔の健康状態の評価及び情報共有書」 の事項を参考に確認していますか。 ※歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等に より 口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に代えることができる 。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (5)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。※令和６年３月31 日までの間は、努力義務となっていた。 | □ | □ | □ |
|  | (6)施設と歯科医師等の間で、実施事項等を文書で取り決めていますか。 | □ | □ | □ |
| 17.看護及び医学的管理の下における介護**（従来型）** | 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行っていますか。 | □ | □ | □ |
| １週間に２回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきをしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入浴前に健康状態を適切に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | おむつを使用せざるを得ない入所者の排泄の自立について必要な援助を行い、その入所者のおむつを適切に取り替えていますか。 | □ | □ | □ |
| **（褥瘡対策）** | 褥瘡患者の状況　　　　年　　　月　　　日　現在　　名うち、入所前から　　　　　名　　　　入所後発症　　名 |  |  |  |
|  | 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（日常生活自立度の低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画を作成、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)を定めていますか。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/ 　年　・　月 | □ | □ | □ |
| 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 |  |

 |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 看護及び介護は適切に記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の負担により、施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。 | □ | □ | □ |
| 18.食事の提供**（従来型）** | 栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食事は入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 栄養量は「日本人の食事摂取基準（2020年版）」を踏まえたものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　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 | □ | □ | □ |
|  | ②　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 | □ | □ | □ |
|  | 個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行っていますか、 | □ | □ | □ |
|  | 食事の提供状況（直近１ヶ月の１人１日当たり利用実人員）①  普通食　　　　　　人　　②　濃厚流動食　　　　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 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 病弱者に対する献立は必要に応じ、医師の指導を受けていますか。  | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 食材及び調理済み食品を２週間分以上保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 調理職員等は定期的（月１回以上）に検便を行っていますか。（夏季は月２回が望ましい） | □ | □ | □ |
|  | 新規採用者の場合、調理業務従事前にも行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食事内容について、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を加えられていますか。 | □ | □ | □ |
| 19.相談及び援助 | 常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 20.その他のサービスの提供 | 適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うように努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 21.入所者に関する市町村への通知 | 以下のいずれかに該当する状況が生じた場合、遅滞なく、意見を付してその旨を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　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とき。 | □ | □ | □ |
| 22.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、当該施設の他の職務又は同一敷地内にある事業所の管理者の職務に従事することができる。 | □ | □ | □ |
| 23.管理者の責務 | 管理者は、当該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。 | □ | □ | □ |
|  | 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」の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 24.計画担当介護支援専門員の責務 | 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成の業務以外に、次の業務を行っていますか。 |  |  |  |
| ①入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業所に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、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、定期的に検討しその内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③退所に際し、居宅介護支援事業所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。 | □ | □ | □ |
|  | ④苦情の内容等の記録をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤事故の状況及び事故に際して採った処置を記録していますか。 | □ | □ | □ |
| 25.運営規程 | 運営規程には次の重要事項の規定を定めていますか。 |  |  |  |
|  | 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入所定員 | □ | □ | □ |
|  | ④入所者に対する介護医療院サービスの内容　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑤利用料その他の費用の額※以下の事項で記載しているものの「□」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　　 □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 | □ | □ | □ |
|  | ⑥施設利用にあたっての留意事項　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑦非常災害対策 | □ | □ | □ |
|  | ⑧虐待の防止のための措置に関する事項（令和６年３月31日までは努力義務） | □ | □ | □ |
|  | ⑨その他施設の運営に関する重要事項・身体的拘束等の原則禁止・□医師の宿直がない理由（Ⅱ型の場合）など・その他の留意事項　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
| 26.勤務体制の確保等 | 入所者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。 | □ | □ | □ |
| 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、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。 | □ | □ | □ |
| 勤務表は、予定と実績を作成していますか。 | □ | □ | □ |
| (夜勤職員基準) | ※夜間及び深夜の時間帯（　　　時　～　翌　　時）　※必ず記入 |  |  |  |
| 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数は入所者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ２以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 夜勤を行う看護職員の数が1以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制を取っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | タイムカード等を利用して、職員の勤務時間の確認等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所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） | □ | □ | □ |
| （職員検診） | 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。 | □ | □ | □ |
| （研修機会の確保） | 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。 | □ | □ | □ |
| 入所者の意思と人格を尊重したサービスを提供するため、職員の人権意識の向上を図るための内部研修の実施や外部研修に参加させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修に参加する職員に偏りはないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | **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た。 |  |  |  |
|  | 適切なサービスの提供を確保する観点から、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 事業者が講ずべき措置の具体的内容ａ 事業者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） | □ | □ | □ |
|  | 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） |  |  |  |
| 27　業務継続計画の策定等 | 感染症や非常災害の発生時において、入所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 | □ | □ | □ |
|  | 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）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。 | □ | □ | □ |
|  | 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た。 |  |  |  |
| 28.定員の遵守**（共通）** | 施設の入所定員を遵守していますか。　　　　年　　月　　日現在　　定員　　　人　入所者　　　人（うち入院　　　人） | □ | □ | □ |
|  | 療養室の定員を遵守していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 災害、虐待その他やむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由および入所者数（記入日現在）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 29.非常災害対策 | 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（これに準ずる計画書を含む）及び**風水害・土砂災害・地震等**の災害に対処するための計画（マニュアルを含む）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。 |  |  |  |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | ③　火災訓練以外に風水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●火災訓練の実施状況　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立会 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

 |
|  | ●風水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立会 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 　 | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

 |
|  | 防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか防火管理者　　職種（　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
| 30.衛生管理等 | 入所者の使用する施設、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ずるとともに、医薬品および医療機器の管理が適正に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 調理および配膳に伴う衛生は、食品衛生法等関係法規に準じて行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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　医務室等保管場所に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を混在させていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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。（入所者の与薬に関するマニュアル等の作成） | □ | □ | □ |
|  | 洗剤等の危険物が認知症の入所者の手が届くところに放置されていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 麻薬を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　麻薬施用者免許を受けた医師が処方していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　保管は固定式等容易に持ち運びができない麻薬専用金庫を使用していること。 | □ | □ | □ |
|  | ③　専用の麻薬帳簿を作成し、譲受、交付、廃棄、事故を記録し５年間保管していること。 | □ | □ | □ |
|  | ④　麻薬の譲受に際して譲渡証と引替えに譲受証を交付していること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　麻薬の廃棄にあたっては、麻薬取り締まり員等の立会のもとで行っていること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　院外処方箋を発行する場合は必要な事項を記載していること。※入所者の氏名・年齢・住所、麻薬の品名・分量・用法用量・投薬日数、処方箋の有効期間、麻薬施用者の記名・押印（署名可）・施用者番号、施設の名称所在地 | □ | □ | □ |
|  | 向精神薬を処方している場合、次の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　譲受を記録（卸業者からの向伝票で可）し、５年間保存していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　従事者が在室していない場合は施錠保管していること。 | □ | □ | □ |
|  | ③　廃棄する場合、焼却や希釈等回収が困難な方法で行い、記録していること。 | □ | □ | □ |
|  | ④　盗難・紛失等した場合、速やかに東大阪市に届け出ていること。 | □ | □ | □ |
|  | 覚せい剤原料を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　譲受を記録し、２年間保存していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　保管は覚せい剤原料専用の保管庫や施錠できる引出等に保管していること。 | □ | □ | □ |
| ③　施設間で譲受、譲渡、貸借をしないこと。 | □ | □ | □ |
|  | ④　帳簿を作成し、記録していること。 | □ | □ | □ |
|  | 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症予防の観点から、共用タオルや固形石けんを使っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 手指消毒薬剤または消毒器を設置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 当該指針の内容を職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルを整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルには以下の項目が規定されていますか。　□　ＭＲＳＡ　　　□　結核　　　□　疥癬　　□Ｏ－157　　　　　　　　　□　ノロウイルス　　　□　インフルエンザ　　　□　ＨＩＶ　□　新型コロナウイルスその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、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。 | □ | □ | □ |
|  | 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 |  |

 |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 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た。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症又は食中毒の発生が疑われる際には、「厚生労働省が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順（平成18年3月31日厚生労働省告示第268号）」に沿った対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護医療院において、次に掲げる業務を委託する場合は、入所定員の規模に応じ医療法施行規則に準じて行っていますか。□検体検査の業務□医療機器及又は医学的処置の用に供する衣類その他の繊維製品の減菌又は消毒の業務□医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第２条第８項に規定する特定保守管理医療機器の保守点検の業務□診療用に供するガスの供給設備の保守点検の業務（高圧ガスを製造又は消費する者が自ら行わなければならないものを除く。） | □ | □ | □ |
| 31.協力医療機関 | (1) 入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の①から③掲げる要件を満たす協力医療機関を定めていますか。※複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより①から③の要件を満たすこととしても差し支えない。※令和9年3月31日までは努力義務 | □ | □ | □ |
|  | 　①入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。　　①の要件を満たす協力医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 　②診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。　　②の要件を満たす協力医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 　③入所者の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。　　③の要件を満たす協力医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　※病院に限る | □ | □ | □ |
|  | ※連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟(200床未満)を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。該当の医療機関は近畿厚生局ウェブサイトで確認すること。■近畿厚生局https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\_kikan/shitei\_jokyo\_00004.html※在宅療養支援病院等：「施設基準の届出受理状況（全体）」のファイルを参照※地域包括ケア病棟入院料：「特定入院料」の該当ファイルをご参照一覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。在宅療養支援病院：（支援病１）、（支援病２）、（支援病３）在宅療養支援診療所：（支援診１）、（支援診２）、（支援診３）在宅療養後方支援病院：（在後病）地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：（地包ケア１）、（地包ケア２）、（地包ケ ア３）、（地包ケア４） |  |  |  |
|  | (2)1年に1回以上、（1）の①から③の要件を満たす協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、東大阪市に届け出ていますか。※届出方法は本市ウェブサイトを参照すること本市ウェブサイト「協力医療機関に関する届出書」https://www.city.higashiosaka.lg.jp/0000038741.html | □ | □ | □ |
|  | (3)第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を取り決めるように努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※第二種協定指定医療機関の一覧については大阪府のウェブサイトを参照大阪府「新型インフルエンザ等感染症等にかかる医療措置協定について」https://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/osakakansensho/iryosoti.html |  |  |  |
|  | ※新興感染症とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6　条7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。 |  |  |  |
|  | (4) 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)入所者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入所者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該施設に速やかに入所させることができるように努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6) あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 32.掲示 | 施設内の見やすい場所に、以下の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　※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　虐待に係る通報窓口（市町村） | □ | □ | □ |
|  | ⑦　その他のサービスの選択に資すると認められる事項　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項をウェブサイトに掲載していますか。※令和７年３月３１日より適用までは努力義務 | □ | □ | □ |
| 33.秘密保持等 | 従業者は、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してはいませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、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（　　　　　　　　　）） | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 個人情報保護のための体制作りを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 居室やナーステーションの表示等はプライバシーが十分に配慮されていますか。 | □ | □ | □ |
| 34.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。 | □ | □ | □ |
| 居宅介護支援事業者又はその従業者から、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。 | □ | □ | □ |
| 35.苦情処理 | 提供したサービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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掲示していますか。苦情解決責任者　職・名　（　　　　　　　　　　）苦情受付担当者　職・名　（　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 市町村からの求めがあった場合、上記の改善の内容を市町村に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所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。 | □ | □ | □ |
|  | 国保連からの求めがあった場合、上記の改善の内容を国保連に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。※社会福祉法に基づいて社会福祉事業（第一種・第二種）を行う者に対して義務づけられているため、第二種社会福祉事業を行っている施設では必須。 | □ | □ | □ |
| 36.地域との連携 | 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に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する介護サービス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活動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。 | □ | □ | □ |
| 37.事故発生の防止及び発生時の対応 | 事故発生防止のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 当該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」）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 | □ | □ | □ |
|  | 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知する体制を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　介護事故等について報告するための様式を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに①の様式に従い、介護事故等について報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　事故発生の防止のための委員会において、報告された事例を集計し、分析していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　事例の分析にあたっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　防止策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。　　開催頻度　（　　　　回　／　月　・　年） | □ | □ | □ |
|  | 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（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 事故発生の防止のための研修を、年2回以上実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・研修実施状況

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

 |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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　（　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 事故の状況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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 事故対応マニュアル等は全ての職員に周知が図られていますか。 | □ | □ | □ |
| 38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た。 |  |  |  |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設における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　施設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施設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　入所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 | □ | □ | □ |
|  | 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 |
|  | 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 |
|  | 上記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（　　　　　） | □ | □ | □ |
| 39入所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の設置 | 業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入所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を定期的に開催していますか。※令和９年３月31日までの間は、努力義務 | □ | □ | □ |
| ※管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましい。 |  |  |  |
| ※本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考にすることが望ましい。 |  |  |  |
| ※他の事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）と一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。 |  |  |  |
| 40.会計の区分 | 介護医療院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 | 従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 記録者は特定できますか。 | □ | □ | □ |
|  | 各記録が鉛筆書きではなく、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。 | □ | □ | □ |
|  | 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、次に掲げる日から５年間保存していますか。 |  |  |  |
|  | ①　施設サ－ビス計画書：計画の完了の日 | □ | □ | □ |
|  | ②　居宅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の検討内容等の記録：記録を行った日 | □ | □ | □ |
|  | ③　提供した施設サービスの具体的な内容等の記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ④　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：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　基準省令第20条に係る市町村への通知に係る記録：通知の日 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　苦情の内容の記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　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：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
| 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ますか。　＜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ますか。　＜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ますか。（ 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ますか。・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.開設許可等の変更許可 | 入所定員その他必要な事項を変更しようとするときは、東大阪市長の許可を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 44.開設許可等の変更届出 | 開設者の住所その他厚生労働省令に定める事項に変更があった場合、速やかに変更届を東大阪市長に届け出ていますか。※　変更した日から10日以内に提出すること。  | □ | □ | □ |
| 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】 | 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。 | □ | □ | □ |
| 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。 | □ | □ | □ |
| 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、施設職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |