

R7年8月版

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

事業所番号						
施設名						
住所						
電話番号・FAX番号						
認可年月日						
定員	密着特養	ユニット		短期入所	空床型	
		従来型			併設型	
		サテライト				
法人名						
法人代表者 職・氏名						
管理者名						
記入者 職・氏名						
記入年月日						

- 1 人員基準
- 2 運営基準(全般)
- 3 運営基準(処遇・看護)
- 4 食事の提供
- 5 設備基準
- 6 預り金
- 7 防災・防犯(不審者等)対策
- 8 利用料
- 9 届出等

◎ 添付資料

- (1)委員会等状況(別紙1)
- (2)職員の配置状況(別紙2)
- (3)職員等の状況(別紙3)
- (4)入(退)所者の状況(別紙4)
- (5)行動・心理症状のある利用者リスト(別紙5)
- (6)施設で独自に取り組んでいる事例について(別紙6)

介護報酬の請求に当たっては、報酬告示、留意事項通知、関係するQ&A等をご確認のうえ、算定要件を満たしていることをご確認ください。

自主点検表について

1 自主点検表の目的

自主点検表の作成により、法人、施設等の管理・運営を見直していただくことが目的です。

2 点検等の方法

各項目の「評価事項」に対して、次の区分により、「評価」欄に自主点検した結果を記入します。

できている	…	A
一部できている	…	B
できていない	…	C
該当なし	…	=

3 項目欄の表記について

項目欄には、以下のとおり評価事項の対象種別を示しています。評価事項には、ユニット型のみを対象としたもの、短期入所生活介護のみを対象としたもの、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護と短期入所の両方に共通するものがあります。どの種別を対象としているかは、項目欄に以下のように記載しています。

(ユニット型)	… 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護のユニット型のみを対象とした評価事項
(短期入所)	… 短期入所生活介護のみを対象とした評価事項
(短期入所共通)	… 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護と短期入所生活介護の両方に共通する評価事項
記載なし	… 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の従来型およびユニット型の両方に共通する評価事項

※ 評価事項欄にチェックボックス□のあるものは、該当するものを■とし、自主点検の際に評価の参考にしてください。

※ 指導監査・実地指導の事前提出資料として提出する場合は、上記2の各評価のほか、表や別紙について、もれのないよう記入し、必要な書類(表紙に記載あり)を添付してください。

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

人員基準

施設名:

項 目	評 価 事 項	評 価
1 基本方針	1 地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指して運営していますか。 2 入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供するよう努めていますか。 3 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつ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、他の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。 4 入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を行っていますか。 5 施設サービスを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。 ※介護保険等関連情報等を活用し、PDCAサイクルを構築・推進することにより、サービスの質の向上に努めなければならないとしたもの。 「科学的介護情報システム(LIFE)」に情報提供し、フィードバック情報を活用することが望ましい。	() () () () ()
(ユニット型)	6 入居者一人一人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、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。	()
(ユニット型)	7 地域や家庭との結びつ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、他の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。	()
2 人員に関する基準	1 入所(居)者に対して、適切な施設サービスを提供できるよう従業者の勤務体制を定めていますか。	()
(1) 勤務体制の確保	2 原則として月ごとに勤務表を作成し、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。	()
	3 週30時間の育児短時間勤務職員を常勤職員として扱う場合、次の要件を満たしていますか。	()
	☐ 男女雇用機会均等法第13条第1項に規定する措置又は育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置が講じられていること。 ☐ 入所者の処遇に支障のない体制が施設として整っていること	
(ユニット型)	4 勤務体制を定める場合、入居者が安心して日常生活を送れるよう、継続性を重視したサービス提供に配慮していますか。	()
	※ いわゆる「馴染みの関係」が築けるよう、職員が一人一人の入居者につき、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できる体制であること。	
(ユニット型)	5 介護職員等の勤務体制について、日中は、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。	()
	ユニット数 ユニット 日中の配置数 人/ユニット 日中の時間帯 ～ 夜間・深夜の時間帯 ～ ※「2人員に関する基準(8)夜勤体制の確保」の評価事項欄に記載する夜勤時間帯とは異なります。	

項 目	評 価 事 項	評 価
(ユニット型)	6 夜間及び深夜について、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。 ユニット数 ユニット 夜間・深夜の配置数 人(全体)	()
(ユニット型)	7 夜間及び深夜における介護職員又は看護職員の員数が配置基準を満たしていない場合に、施設サービス費の減額措置を講じていますか。	()
(ユニット型)	8 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。	()
(ユニット型)	9 ユニットケアリーダー研修を受講した従業者を2名以上配置していますか。 ※2ユニット以下の施設の場合は、1名でよいこと。	()
(ユニット型)	10 本項目5及び8の基準に満たない場合、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算を算定していますか。 ※翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。	()
	11 施設の従業者により指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供していますか。 派遣業者名 ※調理員、清掃員、事務員以外で該当がある場合	()
(短期入所)	12 短期入所生活介護についても、1～11と同様にしていますか。 ※9については、長期と短期を一体のものとみなしてよいこと。	()
(2) 職員研修、就業環境等	1 施設は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。 その際、介護に関わる全ての従業者(※の職種を除く)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を行っていますか。 ※対象外の職種 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修終了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従業者研修修了者、介護職員基礎研修課程・訪問介護員養成研修課程一級課程・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、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等	()
(ユニット型)	2 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めていますか。	()
	3 施設は、適切な施設サービスの提供を確保する観点から、職場において、業務上必要かつ相当な範囲を超えて行われる性的な言動や又は優越的な関係を背景とした言動により、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を明確化するなど必要な措置を行っていますか。 ☐ 職場におけるハラスメントの内容及び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・啓発していること。 ☐ 相談(苦情を含む)に対応する担当者をあらかじめ定めるなど、相談への対応する窓口を定め、従業者に周知していること。	()
(3) 辞令の交付等	1 職務及び勤務場所を明示した辞令を交付していますか。 兼務者には兼務辞令を交付していますか。	()
	2 兼務者がいる場合は、双方の人員要件を満たしていますか。 ※兼務者の兼務先の勤務状況のわかる表等を添付してください。	()
	3 タイムカード(出勤簿)及び休暇簿を整備し、勤務状況を明確にしていますか。 ☐ タイムカード ☐ 出勤簿 ☐ 休暇簿	()

項 目	評 価 事 項	評 価																												
(4) 管理者(施設長)	1 専ら指定地域密着型介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の者ですか。 ※ただし、以下の場合であって、管理上支障がない場合は、他の事業所、施設等又は本体施設の職務(本体施設が病院又は診療所の場合は、管理者としての職務を除く。)に従事することは可能 (1) 当該指定地域密着型介護老人福祉施設の従業者としての職務に従事する場合 (2) 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合(この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定地域密着型介護老人福祉施設に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。) <table border="1"> <tr> <td>氏 名</td><td>兼 務 先</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td></tr> </table> 2 施設長資格を有していますか。(該当するものに○を付けてください。) <table border="1"> <tr> <td>資格区分</td><td>社会福祉主事任用資格</td></tr> <tr> <td> </td><td>社会福祉事業2年以上従事</td></tr> <tr> <td> </td><td>厚生労働大臣指定の講習会修了</td></tr> </table>	氏 名	兼 務 先			資格区分	社会福祉主事任用資格		社会福祉事業2年以上従事		厚生労働大臣指定の講習会修了	()																		
氏 名	兼 務 先																													
資格区分	社会福祉主事任用資格																													
	社会福祉事業2年以上従事																													
	厚生労働大臣指定の講習会修了																													
(5) 医師	1 入所(居)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。 <table border="1"> <tr> <td>氏 名</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>医療機関名</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>診療科目</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>契約年月日</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>月額手当額</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>勤務日(曜日)</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>勤務時間</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> ※サテライト型居住施設の医師については、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ると認められるときは、これを置かないことができる。 2 契約どおりの勤務が行われていますか。(直近1年間を確認してください。)	氏 名				医療機関名				診療科目				契約年月日				月額手当額				勤務日(曜日)				勤務時間				()
氏 名																														
医療機関名																														
診療科目																														
契約年月日																														
月額手当額																														
勤務日(曜日)																														
勤務時間																														
(6) 生活相談員	1 1以上配置していますか。 <table border="1"> <tr> <td>氏 名</td><td>資 格 名</td><td>資格証番号等</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> 2 常勤、専従の者を配置していますか(サテライト型居住施設にあつては、常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤も可)。 兼務のある場合〔兼務職の内容: 〕 ※サテライト型居住施設にあつては、本体施設(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又は介護老人保健施設に限る)の生活相談員又は支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われると認められるときは、サテライト型居住施設の生活相談員を置かないことができる。 3 社会福祉主事有資格者又は同等以上の能力を有する者を配置していますか。 4 他の事業所と兼務を行っていませんか。 ※1人を超えて配置されている生活相談員が、時間帯を明確に区分したうえで同一法人内の他の職務に従事することは可能。	氏 名	資 格 名	資格証番号等							()																			
氏 名	資 格 名	資格証番号等																												

項 目	評 価 事 項	評 価																																																																																			
(7) 介護職員又は看護職員	1 地域密着型介護老人福祉施設と短期入所生活介護を合わせた看護・介護職員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以上となっていますか。 (ユニット部分) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">前年度平均入居者数</th> <th rowspan="2">必要員数</th> <th rowspan="2">配置職員 実人数</th> <th rowspan="2">常勤換算方法による配置職員数</th> </tr> <tr> <th>長期</th> <th>短期</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 配置員数のうち <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">常勤職員数</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>非常勤職員数</td> <td>実人数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>常勤換算</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (ユニット以外の部分) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">前年度平均入所者数</th> <th rowspan="2">必要員数</th> <th rowspan="2">配置職員 実人数</th> <th rowspan="2">常勤換算方法による配置職員数</th> </tr> <tr> <th>長期</th> <th>短期</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 配置員数のうち <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">常勤職員数</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>非常勤職員数</td> <td>実人数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>常勤換算</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ※表中の「前年度平均入居(所)者数」は、前年度の入居(所)者延数を前年度の日数で除して得た数(小数点第2位以下切上げ) 看護職員氏名・勤務割合(全体) <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">氏 名</th> <th colspan="3">勤務割合</th> </tr> <tr> <th>長期</th> <th>短期</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	前年度平均入居者数			必要員数	配置職員 実人数	常勤換算方法による配置職員数	長期	短期	合計							常勤職員数			非常勤職員数	実人数			常勤換算		前年度平均入所者数			必要員数	配置職員 実人数	常勤換算方法による配置職員数	長期	短期	合計							常勤職員数			非常勤職員数	実人数			常勤換算		氏 名	勤務割合			長期	短期	合計																									合 計				()
前年度平均入居者数			必要員数	配置職員 実人数				常勤換算方法による配置職員数																																																																													
長期	短期	合計																																																																																			
常勤職員数																																																																																					
非常勤職員数	実人数																																																																																				
	常勤換算																																																																																				
前年度平均入所者数			必要員数	配置職員 実人数	常勤換算方法による配置職員数																																																																																
長期	短期	合計																																																																																			
常勤職員数																																																																																					
非常勤職員数	実人数																																																																																				
	常勤換算																																																																																				
氏 名	勤務割合																																																																																				
	長期	短期	合計																																																																																		
合 計																																																																																					
	2 日勤・夜勤等のそれぞれの勤務体制において、常時1人以上の介護職員を介護に従事させていますか。	()																																																																																			
	3 看護職員の数1以上としていますか。	()																																																																																			
	4 1の介護職員のうち1人以上は常勤の者を配置していますか。	()																																																																																			
	5 1の看護職員のうち1人以上は常勤の者を配置していますか。 ※サテライト型居住施設にあっては、常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤の者も可	()																																																																																			
	6 看護・介護職員の員数が配置基準を満たしていない場合に、施設サービス費の減額措置を講じていますか。	()																																																																																			

項 目	評 価 事 項	評 価															
(8) 夜勤体制の確保	1 夜間の安全の確保、入所者等のニーズに対応するため、次のとおり夜勤職員を配置していますか。 (ユニット以外の部分) <table border="1"> <tr> <td>密着特養入所者数＋短期入所利用者数</td><td>夜勤を行う看護又は介護職員数 ()内は見守り機器等を導入した場合の最低基準</td></tr> <tr> <td>25以下</td><td>1以上</td></tr> <tr> <td>26以上29以下</td><td>2(1.6)以上</td></tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>密着特養入所者数＋短期入所利用者数</td><td>夜勤職員配置員数(ユニットを除く)</td></tr> <tr> <td>人</td><td>人</td></tr> </table> ※入院・外泊者を除き算出のこと。 ※ユニット部分については、前掲「2人員に関する基準(1)～6」に該当のこと。 <table border="1"> <tr> <td>夜勤時間帯※</td><td>～</td></tr> </table> ※午後10時～翌日午前5時を含む連続する16時間で、事業所ごとに設定 2 夜勤職員の員数が配置基準に満たない場合、施設サービス費の減額措置を講じていますか。	密着特養入所者数＋短期入所利用者数	夜勤を行う看護又は介護職員数 ()内は見守り機器等を導入した場合の最低基準	25以下	1以上	26以上29以下	2(1.6)以上	密着特養入所者数＋短期入所利用者数	夜勤職員配置員数(ユニットを除く)	人	人	夜勤時間帯※	～	()			
密着特養入所者数＋短期入所利用者数	夜勤を行う看護又は介護職員数 ()内は見守り機器等を導入した場合の最低基準																
25以下	1以上																
26以上29以下	2(1.6)以上																
密着特養入所者数＋短期入所利用者数	夜勤職員配置員数(ユニットを除く)																
人	人																
夜勤時間帯※	～																
(9) 機能訓練指導員	1 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いずれかの資格を持つ者を1名以上配置していますか。 ※サテライト型居住施設の機能訓練指導員については、本体施設(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又は介護老人保健施設に限る)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、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。 <table border="1"> <tr> <th>氏 名</th><th>資 格 名</th><th>兼 務 先</th><th>辞令交付の有無</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (他の職務に従事する者の兼務配置も可能です。)	氏 名	資 格 名	兼 務 先	辞令交付の有無									()			
氏 名	資 格 名	兼 務 先	辞令交付の有無														
(10) 栄養士又は管理栄養士	1 1以上の栄養士又は管理栄養士を配置していますか。 ※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は、本体施設(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、介護医療院又は病床数100以上の病院に限る)の栄養士又は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ると認められるときは、これを置かないことができる。 2 栄養士又は管理栄養士が配置基準に満たない場合、栄養管理に係る減算を算定していますか。 ※栄養管理に係る減算は運営基準(処遇・看護)項目17の2に記載。	()															
(11) 介護支援専門員	1 1以上の介護支援専門員を配置していますか。 ※サテライト型居住施設の介護支援専門員については、本体施設(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、介護老人保健施設又は介護医療院に限る)の介護支援専門員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ると認められるときは、これを置かないことができる。 <table border="1"> <tr> <th>氏 名</th><th>資格証登録番号</th><th>兼務職種</th><th>担当数</th><th>有効期限</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 2 資格の有効期限を適切に管理していますか。 3 居宅介護支援事業所の介護支援専門員と兼務していませんか。 ※増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。 4 介護支援専門員が配置基準に満たない場合、施設サービス費の減額措置を講じていますか。	氏 名	資格証登録番号	兼務職種	担当数	有効期限											()
氏 名	資格証登録番号	兼務職種	担当数	有効期限													

運営基準(全般)

施設名:

項 目	確 認 事 項	評価
1 運営規程	1 次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めていますか。 (1) ユニット型以外 ア 施設の目的及び運営の方針 イ 従業者の職種、員数及び職務内容 ウ 入所定員 エ 入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 オ 施設の利用にあたっての留意事項 カ 緊急時等における対応方法 キ 非常災害対策 ク 虐待の防止のための措置に関する事項 ケ その他施設の運営に関する重要事項 ※ ケの内容には、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に身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。	()
	(2) ユニット型 ア 施設の目的及び運営の方針 イ 従業者の職種、員数及び職務内容 ウ 入居定員 エ ユニットの数及びユニットごとの入居定員 オ 入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 カ 施設の利用にあたっての留意事項 キ 緊急時等における対応方法 ク 非常災害対策 ケ 虐待の防止のための措置に関する事項 コ その他施設の運営に関する重要事項 ※ コの内容には、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に身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。	()
	2 ユニット型の施設とユニット型以外の施設が併設する場合、運営規程は、別々に作成していますか(一体の場合は、定員、職員の体制等を区別して作成していますか)。	()
(短期入所)	3 短期入所生活介護、ユニット型短期入所生活介護についても同様に定めていますか。	()
2 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、入所者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、「業務継続計画」を策定し、その「業務継続計画」に従い必要な措置を講じていますか。 ☐ 業務継続計画は、「感染症に係る業務継続計画」と「災害に係る業務継続計画」から成る計画となっていますか。 ※ 「感染症に係る業務継続計画」として ・平時からの備え ・初動対応 ・感染拡大防止体制の確立 の項目を盛り込むこと ※ 「災害に係る業務継続計画」として ・平常時の対応 ・緊急時の対応 ・他施設及び地域との連携 の項目を盛り込むこと	()
(短期入所共通)	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定期的の実施していますか。 ☐ 研修については、定期的な教育を年2回(短期入所にあつては年1回)以上開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。 ☐ 訓練(シミュレーション)については、役割分担の確認や実践するケアの演習等を定期的に(年2回(短期入所にあつては年1回)以上)実施すること。 ※ 研修等の実施内容については、記録すること。	()
	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。	()
	4 上記1の業務継続計画が未策定の場合に、業務継続計画未策定減算を算定していますか。	()

項 目	確 認 事 項	評価																												
3 定員の遵守 (短期入所)	1 入所定員及び居室の定員を超えて入所させていませんか。 (災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。) 2 上記1で、災害その他やむを得ない事情がある場合以外で、利用定員を超えて短期入所生活介護を行う場合は、以下の条件を満たしていますか。 ☐ 利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受ける必要があると認めていること。 ☐ 居宅サービス計画に位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合で、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないと認められること。 ☐ 居室以外の静養室を利用し、7日(利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等のやむを得ない事情がある場合は14日)を限度としていること。 ☐ 利用定員40人未満は1人、利用定員40人以上は2人を限度としていること。 3 月平均の入所者数(空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む)が運営規程に定めた入所定員の数を超えた場合、定員超過減算を算定していますか。	() () ()																												
4 協力医療機関等	1 入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、以下の要件を満たす協力医療機関を定めていますか。 ☐ (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。 ☐ (2)当該指定地域密着型介護老人福祉施設からの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。 ☐ (3)入所者の病状が急変した場合等において、当該指定地域密着型介護老人福祉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。(病院に限る。) 【上記(1)から(3)の協力医療機関との連携に係る義務付けは令和9年3月31日まで努力義務】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">協力医療機関名</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr> <tr> <td>所在地</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>診療科目</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>施設からの距離</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 2 1年に1回以上、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市長に届け出ていますか。 3 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(平成10年法律第114号)第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関(「第二種協定指定医療機関」という。)との間で、新興感染症(同条第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。)の発生時等の対応を取り決めるよう努めていますか。 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、再び当該指定地域密着型介護老人福祉施設に速やかに入所させることができるよう努めていますか。 6 協力歯科医療機関を定めるよう努めていますか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">協力歯科医療機関名</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr> <tr> <td>所在地</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>施設からの距離</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	協力医療機関名				所在地				診療科目				施設からの距離				協力歯科医療機関名				所在地				施設からの距離				() () () () () ()
協力医療機関名																														
所在地																														
診療科目																														
施設からの距離																														
協力歯科医療機関名																														
所在地																														
施設からの距離																														

項 目	確 認 事 項	評価
5 掲示	1 施設の見やすい場所に、次の重要事項等の掲示をしていますか。 ☐ 運営規程の概要 ☐ 従業者の勤務の体制 ☐ 事故発生時の対応 ☐ 苦情処理体制 ☐ 第三者評価の実施状況 ☐ その他サービスの選択に資すると認められる重要事項 2 掲示をしていない場合は、本項目1で規定する重要事項等を記載した書面を施設に備え付け、これをいつでも関係者が自由に閲覧できるようにしてありますか。 3 原則として、本項目1の重要事項を当該指定地域密着型介護老人福祉施設事業者のウェブサイト(法人のホームページ又は介護サービス情報公表システム)に掲載していますか。	() () ()
6 秘密保持等 (短期入所)	1 従業者が正当な理由がなく業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らさないよう必要な措置を講じていますか。 ☐ 採用時に取り決めている ☐ 違約金の定めがある 2 従業者であった者が、正当な理由がなく業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らさないよう必要な措置を講じていますか。 3 居宅介護支援事業者等に対して、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 サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ていますか。	() () () ()
7 広告	1 広告をする場合、内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。	()
8 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又はその従業者に対し、要介護被保険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供与していませんか。 2 居宅介護支援事業者又はその従業者から、自施設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。 3 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。(短期入所生活介護)	() () ()

項 目	確 認 事 項	評価
9 会計の区分	1 施設の会計と短期入所等のその他の事業の会計とを区分していますか。	()
10 記録の整備 (短期入所共通)	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 次の記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。() ア 地域密着型施設サービス計画 イ 短期入所生活介護計画 ウ 提供した具体的なサービス内容の記録 エ 身体的拘束等の態様及び時間、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の記録 オ 基準第3条の26(条例第29条)及び居宅基準第26条(居宅条例第27条)の市町村への通知に係る記録 カ 苦情の内容等の記録 キ 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 ク 運営推進会議に報告した活動状況の記録、運営推進会議による評価、運営推進会議からの要望、助言等の記録	()
11 電磁的記録等	1 【電磁的記録について】 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、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(被保険者証に関するものは除く。)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ますが、下記のとおり行っていますか。 (1) 電磁的記録による作成は、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り行われていますか。() (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によって行われていますか。() ☐ 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 ☐ 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) その他、電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法により行われていますか。() 2 【電磁的方法について】 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の従業者は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等(交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。)については、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法で行っていますか。 (1) 電磁的方法による交付は、基準省令第4条第2項から第6項までの規定に準じた方法で行うこと。() (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。() (3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者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) その他、基準省令第50条2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法により行うこと。ただし、基準省令又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。() (5) 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い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。()	()

運営基準(処遇・看護) ～ 密着特養 ～

注意: ユニット型の施設は、表中の「入所」を「入居」と読み替えてください。

施設名:

項 目	評 価 事 項	評 価
1 内容及び手続の説明及び同意 (短期入所共通)	1 サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)等の入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者全員の同意を得ていますか。	()
	2 入所申込に際し、契約書等を作成していますか。	()
	3 入所申込者が入院治療を必要とする場合、その他入所申込者に対し自ら適切な便宜を供与することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。	()
2 受給資格等の確認及び入退所者の記録 (短期入所共通)	1 利用の申込があった場合は、被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間の確認を行っていますか。	()
	2 入所に際しては入所年月日、介護保険施設の種別及び名称を、退所に際しては退所年月日を被保険者証に記載していますか。	()
3 要介護認定の申請に係る援助 (短期入所共通)	1 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を確認していますか。	()
	2 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必要な援助を行っていますか。	()
	3 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。	()
4 提供拒否の禁止 (短期入所共通)	1 正当な理由なく指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を拒んでいませんか。	()
5 入退所	1 入所等の決定について、前橋市において準用する「群馬県特別養護老人ホーム入所等指針」(令和6年4月1日付改正、以下「指針」という。)に基づき、実施していますか。 ☐ 生活相談員等は入所申込書に基づき面接を行い、当該施設サービスの内容や入所決定方法等について十分な説明を行い、説明確認欄に署名を受けていますか。 ☐ 申込書受理後、申込書の希望入所時期により、次のとおりグループ分けを行った上、受付簿等を作成していますか。 ①Aグループ 今すぐの入所を希望する ②Bグループ 今すぐの入所は希望しない ☐ 合議制の入所等検討委員会(「入所順位決定のための委員会」及び「入所決定のための委員会」)を設置していますか。 ☐ 入所等検討委員会は施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の関係職員で構成されていますか。 ☐ 入所等検討委員会には施設以外の第三者(社会福祉法人の評議員、地域の民生委員、苦情解決に関する第三者委員、地域包括支援センターの職員、地域の福祉精通した者等)を加えていますか。 ☐ 「入所順位決定のための委員会」は、施設長の招集により原則3月に1回以上開催していますか。さらに、入所申込みの状況等により、必要が生じた場合は、随時開催していますか。 ☐ 「入所順位決定のための委員会」は、施設以外の委員が参加していますか。 ☐ 「入所順位決定のための委員会」では、特例入所の可否について判断していますか。 ☐ 「入所順位決定のための委員会」では、Aグループ名簿掲載者について指針別表1「評価基準」に基づき入所順位を決定していますか。 ☐ 「入所順位決定のための委員会」では、前回以降の入所決定者及びその経緯を報告していますか。 ☐ 空床発生時には、「入所決定のための委員会」を開催し、入所順位の高い者について検討の上、入所者を決定していますか。 ☐ 特例入所(居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事由のある要介護1又は2の者の特例的な入所)となる場合は、施設と介護保険の保険者である市町村と情報共有を行うとともに、意見を求めていますか。 ☐ 委員会を開催する都度、協議録を作成し、5年間保管していますか。	()

項 目	評 価 事 項	評 価																																																																						
5 入退所 (続き)	2 入所申込者の入居に際して、心身の状況、生活歴、病歴、家族の状況、指定居宅サービス等の利用状況等を把握していますか。(計画担当介護支援専門員の責務)	()																																																																						
	3 退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、入所者の心身の状態や退所後の処遇環境について委員会でも十分検討を行い退所を決定していますか。 ☐ 退所の対象者を下記に該当する者としていますか。 ・要介護認定において自立又は要支援と認定された場合 ・要介護認定において、要介護1又は2と認定された者で特例入所の要件に該当しないと認められる場合 ・入所者及び家族等が在宅復帰を希望しており、家庭等における介護環境や地域における居宅サービスの提供体制等が十分整っていると認められる場合 ・常時医療的な対応を要するため、施設での介護が困難であり、他機関での対応が適切であると認められる場合 ☐ 退所前後における必要な援助が得られるよう、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、市町村介護保険担当課及び保健師等、地域の介護・福祉基盤との連携を図っていますか。 ☐ 安易に施設側の理由による退居を促すことがないよう留意していますか。	()																																																																						
6 入所者等の状況 (短期入所共通)	1 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度ごとの入所者の状況																																																																							
	(1)ユニット型以外 (年 月 日現在 単位:人) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">区 分</th><th rowspan="2">入 所 者 計</th><th colspan="6">認知症高齢者の日常生活自立度</th></tr> <tr> <th>ランク なし</th><th>ランク I</th><th>ランク II</th><th>ランク III</th><th>ランク IV</th><th>ランク M</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">要 介 護 度</td><td>要支援</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護1</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護2</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護3</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護4</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護5</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>合 計</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table> 平均要介護度 平均認知症高齢者日常生活自立度 認知症調査方式		区 分		入 所 者 計	認知症高齢者の日常生活自立度						ランク なし	ランク I	ランク II	ランク III	ランク IV	ランク M	要 介 護 度	要支援	()	()	()	()	()	()	()	要介護1	()	()	()	()	()	()	()	要介護2	()	()	()	()	()	()	()	要介護3	()	()	()	()	()	()	()	要介護4	()	()	()	()	()	()	()	要介護5	()	()	()	()	()	()	()	合 計	()	()	()	()	()
区 分		入 所 者 計				認知症高齢者の日常生活自立度																																																																		
			ランク なし	ランク I	ランク II	ランク III	ランク IV	ランク M																																																																
要 介 護 度	要支援	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	要介護1	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	要介護2	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	要介護3	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	要介護4	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	要介護5	()	()	()	()	()	()	()																																																																
	合 計	()	()	()	()	()	()	()																																																																
注1 短期入所者は()内に外書きしてください。 2 入所者の認知症高齢者の日常生活自立度について記入してください。 3 平均介護度は、表作成日現在の入所者の要介護度(1から5まで)の総和を入所者数で除したもの 4 平均認知症高齢者の日常生活自立度は、表作成日現在の入所者の認知症度(ランクIからIVまでは1から4、ランクMは5とする)の総和を入所者数で除したもの。																																																																								

項 目	評 価 事 項	評 価																																																																								
6 入所者等の状況 (短期入所共 通) (続き)	(2)ユニット型 (年 月 日現在 単位:人) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">区 分</th><th rowspan="2">入 居 者 計</th><th colspan="6">認知症高齢者の日常生活自立度</th></tr> <tr> <th>ランク なし</th><th>ランク I</th><th>ランク II</th><th>ランク III</th><th>ランク IV</th><th>ランク M</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">要 介 護 度</td><td>要支援</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護1</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護2</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護3</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護4</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>要介護5</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr> <td>合 計</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table> 平均要介護度 () 平均認知症日常生活自立度 () 認知症調査方式 () 注 前記「ユニット型以外」の 注1～4 に準じる	区 分		入 居 者 計	認知症高齢者の日常生活自立度						ランク なし	ランク I	ランク II	ランク III	ランク IV	ランク M	要 介 護 度	要支援	()	()	()	()	()	()	()	要介護1	()	()	()	()	()	()	()	要介護2	()	()	()	()	()	()	()	要介護3	()	()	()	()	()	()	()	要介護4	()	()	()	()	()	()	()	要介護5	()	()	()	()	()	()	()	合 計	()	()	()	()	()	()	()	
区 分					入 居 者 計	認知症高齢者の日常生活自立度																																																																				
		ランク なし	ランク I	ランク II		ランク III	ランク IV	ランク M																																																																		
要 介 護 度	要支援	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	要介護1	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	要介護2	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	要介護3	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	要介護4	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	要介護5	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
	合 計	()	()	()	()	()	()	()																																																																		
【ユニット部分 を記入】	2 ユニットの状況 (1) ユニット数 () (2) 1ユニットあたりの人数 () (3) ユニット分けに際しての方針等(考慮していること等にチェックしてください。) <table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 身体状況(医療的ケアの必要度)</td><td>☐ 要介護度</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症による行動障害の状況</td><td>☐ 性別、相性</td></tr> <tr> <td colspan="2">☐ その他 ()</td></tr> </tbody> </table>	☐ 身体状況(医療的ケアの必要度)	☐ 要介護度	☐ 認知症による行動障害の状況	☐ 性別、相性	☐ その他 ()																																																																				
☐ 身体状況(医療的ケアの必要度)	☐ 要介護度																																																																									
☐ 認知症による行動障害の状況	☐ 性別、相性																																																																									
☐ その他 ()																																																																										
7 地域との連携 1～3 (短期入所共	1 施設の運営に当たっては、地域住民又は自発的な活動(ボランティア)等との連携及び協力を行う等、地域との交流を図っていますか。() 2 地域との連携について、実施している内容にチェックしてください。 <table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 納涼祭等の施設行事への参加依頼</td><td>☐ 夏祭りや清掃等の地域行事への参加</td></tr> <tr> <td>☐ 小中高生等、学生の体験学習の受け入れ</td><td>☐ 慰問</td></tr> <tr> <td colspan="2">☐ ボランティアの受け入れ(清掃活動、レクリエーション指導、入居者との交流等)</td></tr> <tr> <td colspan="2">☐ その他 ()</td></tr> </tbody> </table> 3 入居者からの苦情に関して、市町村等が実施する介護サービス相談員派遣事業等を受け入れる等市町村との密接な連携に努めていますか。() 4 運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。()	☐ 納涼祭等の施設行事への参加依頼	☐ 夏祭りや清掃等の地域行事への参加	☐ 小中高生等、学生の体験学習の受け入れ	☐ 慰問	☐ ボランティアの受け入れ(清掃活動、レクリエーション指導、入居者との交流等)		☐ その他 ()																																																																		
☐ 納涼祭等の施設行事への参加依頼	☐ 夏祭りや清掃等の地域行事への参加																																																																									
☐ 小中高生等、学生の体験学習の受け入れ	☐ 慰問																																																																									
☐ ボランティアの受け入れ(清掃活動、レクリエーション指導、入居者との交流等)																																																																										
☐ その他 ()																																																																										

項 目	評 価 事 項	評 価										
8 サービスの取扱方針 (短期入所共通)	(1) ユニット型以外											
	1 サービスの提供は、地域密着型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、心身の状況等に応じて適切に行っていますか。	()										
	2 サービスの提供は、地域密着型施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行っていますか。	()										
	3 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、理解しやすいように説明していますか。	()										
	(2) ユニット型											
	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、地域密着型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していますか。	()										
	2 入居者へのサービスの提供に当たっては、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配慮していますか。	()										
	3 1人1人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、入居者の日常生活を支援していますか。	()										
	4 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配慮していますか。	()										
	5 サービスの提供は、入居者のプライバシーの確保に配慮して行っていますか。	()										
	6 サービスの提供は、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、入居者の心身の状況を常に把握しながら行っていますか。	()										
	7 従業者は、施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明していますか。	()										
	(3) 共通											
	1 施設自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善に向けた取り組みをしていますか。	()										
2 具体的な取り組みで、該当する項目にチェックしてください。												
<table border="1"> <thead> <tr> <th><施設内評価></th><th><外部評価等></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ 職員による業務検討、自己評価</td><td>☐ 第三者評価の導入</td></tr> <tr> <td>☐ 職員提案の活用</td><td>☐ ISO認証取得</td></tr> <tr> <td>☐ その他</td><td>☐ 家族やボランティア等へのアンケートの実施</td></tr> <tr> <td>()</td><td>☐ その他()</td></tr> </tbody> </table>		<施設内評価>	<外部評価等>	☐ 職員による業務検討、自己評価	☐ 第三者評価の導入	☐ 職員提案の活用	☐ ISO認証取得	☐ その他	☐ 家族やボランティア等へのアンケートの実施	()	☐ その他()	
<施設内評価>	<外部評価等>											
☐ 職員による業務検討、自己評価	☐ 第三者評価の導入											
☐ 職員提案の活用	☐ ISO認証取得											
☐ その他	☐ 家族やボランティア等へのアンケートの実施											
()	☐ その他()											
9 サービスの提供の記録 (短期入所共通)	1 サービスを提供した際には、サービスの提供日、提供した具体的なサービスの内容、入居者の心身の状況その他必要な事項を記録していますか。 ※算定している加算の算定根拠となる記録・医療行為についての実施者名、実施日時、実施内容等を含む。	()										
	2 (短期入所生活介護) 利用者から申し出があった場合、文書の交付その他適切な方法(利用者の用意する手帳等)により、情報の提供を行っていますか。	()										

項 目	評 価 事 項	評 価																																				
10 身体的拘束等 (短期入所共 通)	1 組織のトップである管理者は「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする体制を整えていますか。	()																																				
	2 施設の管理者及び従業者は、「身体拘束ゼロへの手引き」の内容を承知していますか。	()																																				
	3 身体的拘束等の実施状況	年 月 日現在																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>身体的拘束等の対象となる行為</th><th>該当件数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>②</td><td>転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること</td><td></td></tr> <tr> <td>③</td><td>自分で降りられないように、ベッドを柵で囲むこと</td><td></td></tr> <tr> <td>④</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>⑤</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>⑥</td><td>車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけること</td><td></td></tr> <tr> <td>⑦</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>⑧</td><td>脱衣・おむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せること</td><td></td></tr> <tr> <td>⑨</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>⑩</td><td>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こと</td><td></td></tr> <tr> <td>⑪</td><td>自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること</td><td></td></tr> </tbody> </table>			身体的拘束等の対象となる行為	該当件数	①	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こと		②	転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること		③	自分で降りられないように、ベッドを柵で囲むこと		④	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こと		⑤	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こと		⑥	車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけること		⑦	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こと		⑧	脱衣・おむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せること		⑨	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こと		⑩	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こと		⑪	自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること	
		身体的拘束等の対象となる行為	該当件数																																			
	①	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こと																																				
	②	転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること																																				
	③	自分で降りられないように、ベッドを柵で囲むこと																																				
	④	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こと																																				
	⑤	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こと																																				
⑥	車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけること																																					
⑦	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こと																																					
⑧	脱衣・おむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せること																																					
⑨	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こと																																					
⑩	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こと																																					
⑪	自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること																																					
4 身体的拘束等を行っている場合、解除に向けた取り組み状況について	()																																					
☐ 「緊急やむを得ない場合」の判断として、「切迫性・非代替性・一時性」の三つの要件すべてに該当していますか。 ☐ 常に代替的な方法を検討していますか。 ☐ 検討内容は、具体的かつ段階的なものになっていますか。 ☐ 施設設備の改善、見守り体制の強化、入所者の行動把握等、サービスの提供の見直しを行っていますか。 ☐ 入所者家族への十分な説明を行っていますか。																																						
5 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録していますか。	()																																					
☐ 「切迫性・非代替性・一時性」の要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこと。 ☐ 具体的な内容について記録すること。																																						
6 その記録は、「身体拘束ゼロへの手引き」のP24・25に例示されている「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」「経過観察・再検討記録」のような形態のものとなっていますか。	()																																					
7 拘束解除の予定を明確にし、入居者や家族に対して説明していますか。	()																																					

項 目	評 価 事 項	評 価
10 身体的拘束等 (短期入所共 通) (続き)	8 身体的拘束等適正化検討委員会について (身体的拘束等適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、事故防止委員会及び感染対策委員会については関係する職種が相互に関係が深いと認められることから、一体的に設置・運営することも差し支えない。) (身体的拘束等適正化委員会の責任者は、ケア全般の責任者が望ましい。) ☐ 「身体的拘束等適正化検討委員会」(テレビ電話装置等を活用して行うことも可)を3か月に1回以上開催していますか。 構成メンバー:施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等。ほかに第三者や専門家の活用(精神科専門医の活用等)が望ましい。 ☐ 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。 ☐ 委員会における検討内容を記録していますか。(議事録等) ☐ 委員会の結果について、介護職員その他の職員へ周知の徹底を図っていますか。 ☐ 身体的拘束等適正化対応策の担当者を決定していますか。 (同一敷地内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者として職務を遂行する上で支障がないと考えられるものを選任すること。) (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が、改善、報告のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものでないことに留意すること。) ☐ ①身体的拘束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、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録していますか。また、上記①の様式に従い、身体的拘束等について報告していますか。 ☐ ③身体的拘束等適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析していますか。 ☐ ④事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化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従業者に周知徹底していますか。 ☐ ⑥適正化策を講じた後に、その効果について評価していますか。	()
	9 身体的拘束等の適正化のための指針 ☐ 「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。 (以下の項目を盛り込むこと。) 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身体的拘束等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	()
	10 身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修 ☐ 指針に基づいた研修プログラムを作成していますか。 (研修内容:身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに当該施設の指針に基づき、適正化の徹底を図ること。) ☐ 定期的な職員研修(年2回以上)を実施するとともに、新規採用時は必ず実施し、また、実施記録の整備をしていますか。	()
	11 本項目8から10までの措置を講じていない場合に、身体拘束廃止未実施減算を算定していますか。	()

項 目	評 価 事 項	評 価
11 施設サービス計画の作成	1 介護支援専門員が地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務を担当していますか。	()
	2 計画担当介護支援専門員は、入所者の有する能力、置かれている環境等の評価を通じて入所者が抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握し作成していますか。	()
	3 計画担当介護支援専門員は、アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に面接して行っていますか。(家族の面接については、テレビ電話等の通信機器の活用により行われるものを含む。)	()
	4 アセスメントに当たっては、入所者の基本情報に関する項目(心身の状況、生活歴、既往歴、生活習慣等)と、課題分析に関する項目(健康状態、身体機能、認知症の程度、行動・心理症状等)について、十分な情報収集と把握に努めていますか。	()
	5 地域密着型施設サービス計画の原案に次の事項を記載していますか。 ☐ 入所者及びその家族の生活に対する意向 ☐ 総合的な援助の方針 ☐ 生活全般の解決すべき課題 ☐ サービスの具体的な長期・短期目標と達成時期 ☐ 目標を達成するための具体的なサービス内容(行事・日課含む) ☐ サービスを提供する上での留意事項	()
	6 サービス担当者会議の開催又は担当者(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)に対する照会等により、原案の内容について専門的な見地からの意見を求めていますか。 ※ 担当者を招集して行う会議は、テレビ電話装置等を活用することも可。その場合には当該入所者等の同意を得ること。 また、活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚労省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「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。	()
	7 地域密着型施設サービス計画の原案について、入所者又はその家族に対して説明し、文書による同意を得ていますか。(家族については、通信機器の活用により行われるものを含む。) ☐ 説明年月日の記載及び同意の署名(捺印)がありますか。 ☐ 安易に、入所者家族のみの同意となっていないですか。	()
	8 地域密着型施設サービス計画を、遅滞なく入所者又はその家族に交付していますか。	()
	9 地域密着型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。以下「モニタリング」という。)を行っていますか。	()
	10 入所者の状態変化等により、解決すべき課題の変化が認められる場合には、速やかに地域密着型施設サービス計画の変更を行っていますか。	()
	11 変更を行う場合、本項目2から9までの事項を行っていますか。	()
	12 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、特段の事情がない限り、次により行っていますか。 ☐ 定期的に入所者に面接すること。 ☐ 定期的にモニタリングの結果を記録すること。	()
	13 モニタリングの結果の記録には、次の事項を記載していますか。 ☐ 入所者やその家族の意向・満足度等 ☐ 目標の達成度 ☐ 地域密着型施設サービス計画の変更の必要性等	()
	14 次の場合には、サービス担当者会議又は担当者に対する照会等により、地域密着型施設サービス計画の変更の必要性について、専門的な見地から意見を求めていますか。 ☐ 要介護更新認定を受けた場合 ☐ 要介護状態区分変更の認定を受けた場合	()
12 管理者の責務	1 管理者は、利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行っていますか。	()
	2 管理者は、従業者に運営基準の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。	()

項	目	評 価 事 項	評 価
15	介護 (短期入所共 通) (続き) (入浴)	(1)ユニット型以外 1 1週間に2回以上、適切な方法により入浴、又は清拭を行っていますか。 () 2 入浴日が祝祭日及び行事日等に重なった場合や年末年始においても代替日を設けるなど、週2回以上の入浴が確保されていますか。 () 3 入浴を中止した場合、その理由及び実施した代替策をケース記録等に記載していますか。 ()	
		(2)ユニット型 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浴の機会を提供していますか。 ☐ 一律の入浴回数进行けるのではなく、個浴の実施等、入居者の意向に応じられる入浴機会を設定していますか。 () 2 入浴を中止した場合、その理由及び実施した代替策をケース記録等に記載していますか。 ()	
	(排泄)	1 入所者の心身の状況や排泄の状況(入所者ごとの排泄パターンの把握等)などをもとに、トイレ誘導や自立支援に配慮した排泄介助を行っていますか。 () 2 排泄自立のために次のような働きかけを行っていますか。 ☐ 日中はできるだけおむつをしない。 ☐ 尿意や便意がある利用者には、おむつを使用しても、トイレやポータブルトイレで介助している。 ☐ 認知症等で認知機能が低下している利用者にはその都度適切な声かけ等によりトイレでの排泄を促している。() 3 おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを、適切に替えていますか。() 4 おむつ交換は、衝立、カーテン等を使用し、入所者の心情に配慮していますか。() 5 おむつの使用状況 ・使用者数 人 (うち夜間のみ使用者数 人) (うちリハビリパンツ使用者数 人) ・トイレ誘導者数 人	
	(その他)	1 入所者の処遇に必要な福祉用具等を整備していますか。() 2 入所者の負担により、当該施設の従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。()	

項 目	評 価 事 項	評 価
16 食事 (短期入所共通)	1 食事介助の状況 ・全介助 人 ・一部介助 人 ・経管栄養 人 ・居室対応 人 理由()	
	(1)ユニット型以外	
	1 栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮するとともに、適切な時間に食事を提供していますか。	()
	2 入所者の心身の状況に応じて、適切な技術により、食事の自立について必要な支援を行っていますか。	()
	3 入所者の自立の支援に配慮した上で、できる限り離床し、食堂で摂ることができるよう支援していますか。	()
	(2)ユニット型	
	1 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供していますか。	()
	2 入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行っていますか。	()
	3 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、入居者が自分のペースで食事を摂ることができるよう十分な時間を確保していますか。	()
	4 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることができるよう支援していますか。	()
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以下の手順により計画的に行っていますか。 ☐ 入所時に、入所者の栄養状態を把握して、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が共同して、入所者ごとの栄養ケア計画を作成していますか。 ・栄養ケア計画は、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮したものであること。 ・施設サービス計画との整合性を図ること。 ☐ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行い、入所者ごとの栄養状態を定期的に記録していますか。 ☐ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて栄養ケア計画の見直しを行っていますか。 ※ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、別途通知(「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」)を参考とする。	()
	2 本項目1の基準に満たない場合、栄養管理に係る減算を算定していますか。 ※ 併せて、人員基準の項目2(10)1のとおり栄養士又は管理栄養士を配置していない場合に減算となる。	()
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。 ☐ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士(「歯科医師等」という。)が、施設の介護職員に対し、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。 ☐ 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に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ていますか。 ☐ 技術的助言及び指導に基づき、以下の事項(イ～ホ)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するとともに、必要に応じて、定期的に計画を見直していますか。 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 施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項 ※ 医療保険において歯科訪問診療科が算定された日に、上記に記載された指導等を行う場合は、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で行うこと。 ※ 歯科医師等が実施する口腔衛生の管理体制に係る計画に関する技術的助言若しくは指導又は入所者の口腔の健康状態の評価等の事項について、文書で取り決めること。 ※ 口腔衛生の管理の実務等については、別途通知(「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」)を参考とする。	()
	2 口腔ケア物品等は、感染症等に配慮して適切に保管されていますか。	()

項 目	評 価 事 項	評 価										
19 相談及び援助 (短期入所共通)	1 常に入所者の心身の状況、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、その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 社会生活上の便宜の供与等	1 (1)ユニット型以外 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜、入所者のためのレクリエーション行事を行っていますか。 (2)ユニット型 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援していますか。 2 入所者が日常生活を営む上で必要な行政機関等に対する手続きについて、本人又はその家族で行うことが困難な場合、その者の同意を得て、代わって行っていますか。 3 特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得ていますか。 4 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。 また、入所者の外出の機会を確保するよう努めていますか。該当する項目にチェックしてください。 <table border="1"> <tr> <td>☐ 家族による外出等の依頼</td><td>☐ 面会を促進するような環境の工夫</td></tr> <tr> <td>☐ 施設行事の案内、参加依頼</td><td>☐ 面会時間の配慮</td></tr> <tr> <td>☐ 家族会の開催</td><td>☐ 施設の会報の送付</td></tr> <tr> <td>☐ 担当者会議等への出席依頼</td><td>☐ 定期的な入所者状況報告</td></tr> <tr> <td colspan="2">☐ その他 ()</td></tr> </table>	☐ 家族による外出等の依頼	☐ 面会を促進するような環境の工夫	☐ 施設行事の案内、参加依頼	☐ 面会時間の配慮	☐ 家族会の開催	☐ 施設の会報の送付	☐ 担当者会議等への出席依頼	☐ 定期的な入所者状況報告	☐ その他 ()		() () () () ()
☐ 家族による外出等の依頼	☐ 面会を促進するような環境の工夫											
☐ 施設行事の案内、参加依頼	☐ 面会時間の配慮											
☐ 家族会の開催	☐ 施設の会報の送付											
☐ 担当者会議等への出席依頼	☐ 定期的な入所者状況報告											
☐ その他 ()												
21 機能訓練 (短期入所共通)	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 日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を行っていますか。 3 実施記録等は整備されていますか。 4 機能訓練及び生活リハビリの実施状況 日常生活の中での訓練やレクリエーションを通じた訓練で、該当する項目にチェックしてください。 <table border="1"> <tr> <td>☐ トイレ誘導時や離着床時における、立ち上がり動作や立位保持動作</td><td></td></tr> <tr> <td>☐ つかまり立ちや伝い歩きなどの生活動作</td><td>☐ 集団体操やリズム体操等</td></tr> <tr> <td>☐ 朝晩の着替えや入浴時の着脱動作</td><td>☐ ラジオ体操やテレビ体操等</td></tr> <tr> <td colspan="2">☐ レクリエーションやクラブ活動（書道、手工芸、楽器演奏、合唱等）への参加</td></tr> <tr> <td>☐ ストレッチ、ヨガ、呼吸法等</td><td>☐ その他 ()</td></tr> </table>	☐ トイレ誘導時や離着床時における、立ち上がり動作や立位保持動作		☐ つかまり立ちや伝い歩きなどの生活動作	☐ 集団体操やリズム体操等	☐ 朝晩の着替えや入浴時の着脱動作	☐ ラジオ体操やテレビ体操等	☐ レクリエーションやクラブ活動（書道、手工芸、楽器演奏、合唱等）への参加		☐ ストレッチ、ヨガ、呼吸法等	☐ その他 ()	() () () ()
☐ トイレ誘導時や離着床時における、立ち上がり動作や立位保持動作												
☐ つかまり立ちや伝い歩きなどの生活動作	☐ 集団体操やリズム体操等											
☐ 朝晩の着替えや入浴時の着脱動作	☐ ラジオ体操やテレビ体操等											
☐ レクリエーションやクラブ活動（書道、手工芸、楽器演奏、合唱等）への参加												
☐ ストレッチ、ヨガ、呼吸法等	☐ その他 ()											
22 入院期間中の取扱い	1 病院又は診療所に入院後概ね3か月以内に退院することが見込まれるときには、入所者及び家族の希望等を勘案し、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該施設に円滑に入所できるよう配慮していますか。 2 入所者の入院期間中のベッドについて、短期入所生活介護事業等に利用する場合、その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。	() ()										
23 緊急時等の対応	1 入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、医師(配置医師)及び協力医療機関の協力を得て、当該医師及び当該協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めていますか。 (緊急時の注意事項、病状等の情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミングなど) 2 本項目1の医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行っていますか。	() ()										

項 目	評 価 事 項	評 価																									
24 苦情処理 (短期入所共 通)	1 サービスに関する入所者及び家族からの苦情に、次のとおり、迅速かつ適切に対応 していますか。 ☐ 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理するた めに講ずる措置の概要について明らかにしている。 ☐ 上記措置の概要についても併せて入所者又はその家族にサービスの内容を説 明する文書に記載している。 ☐ 苦情処理の概要について施設に掲示し、かつウェブサイトに掲載している。	()																									
	2 苦情を受け付けた時は次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に 確認していますか。 ・受付日と苦情の内容 ・苦情申出人の希望等 ・第三者委員への報告の要否 ・苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否	()																									
	3 苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者及び第三者委員に 報告していますか。 (苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合は除く)	()																									
	4 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めていますか。その 際に苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めて いますか。	()																									
	5 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質の向上に向けた取り組みを行っていますか。	()																									
	6 介護保険法23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは 提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じていますか。	()																									
	7 市町村から指導又は助言を受けた場合においては、それに従って必要な改善 を行っていますか。	()																									
	8 市町村から求めがあった場合には、本項目7の改善の内容を市町村に報告していま すか。	()																									
	9 入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)が行う 介護保険法第176条第1項第3号の調査に協力していますか。	()																									
	10 国保連から本項目9の調査に基づく指導又は助言を受けた場合においては、当該 指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。	()																									
	11 国保連からの求めがあった場合には、本項目10の改善の内容を国保連に報告して いますか。	()																									
	12 サービスの選択、サービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するもの を除き、苦情の解決結果の公表に努めていますか。	()																									
	13 苦情処理体制等	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>苦 情 件 数</td><td>前年度： 件</td><td>今年度： 件</td></tr> <tr> <td>苦情解決責任者</td><td>職名： 氏名：</td><td></td></tr> <tr> <td>苦情受付担当者</td><td>職名： 氏名：</td><td></td></tr> <tr> <td>第三者委員(全員の氏名)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>苦情受付箱の設置</td><td>有 ・ 無</td><td>対応マニュアルの作成 有 ・ 無</td></tr> <tr> <td>重要事項説明書等への苦情処理体制及び概要の記載</td><td colspan="2">有 ・ 無</td></tr> <tr> <td>市町村の調査</td><td>前年度： 件</td><td>今年度： 件</td></tr> <tr> <td>国保連の調査</td><td>前年度： 件</td><td>今年度： 件</td></tr> </tbody> </table>	苦 情 件 数	前年度： 件	今年度： 件	苦情解決責任者	職名： 氏名：		苦情受付担当者	職名： 氏名：		第三者委員(全員の氏名)			苦情受付箱の設置	有 ・ 無	対応マニュアルの作成 有 ・ 無	重要事項説明書等への苦情処理体制及び概要の記載	有 ・ 無		市町村の調査	前年度： 件	今年度： 件	国保連の調査	前年度： 件	今年度： 件	
	苦 情 件 数	前年度： 件	今年度： 件																								
苦情解決責任者	職名： 氏名：																										
苦情受付担当者	職名： 氏名：																										
第三者委員(全員の氏名)																											
苦情受付箱の設置	有 ・ 無	対応マニュアルの作成 有 ・ 無																									
重要事項説明書等への苦情処理体制及び概要の記載	有 ・ 無																										
市町村の調査	前年度： 件	今年度： 件																									
国保連の調査	前年度： 件	今年度： 件																									

項 目	評 価 事 項	評 価																							
25 事故発生時の対応 (短期入所共通)	1 事故の発生又は再発を防止するため必要な措置を講じていますか。 ☐ 「事故発生の防止のための指針」の整備 ☐ 報告書の様式を整備し、介護事故等の発生又は発見ごとに、その状況、背景等を記録し、職員への周知徹底を図るための体制の整備 ☐ 事故防止検討委員会の設置(施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等により構成) ☐ 定期的な事故発生の防止のための委員会の開催(テレビ電話装置等を活用して行うことも可)と職員への結果の周知 ☐ 委員会における検討内容を記録(議事録等) ☐ 指針に基づいた研修プログラムの作成及び定期的な職員研修(年2回以上及び新規採用時)の実施及び実施記録の整備 ☐ 事故発生の防止及び再発防止のための措置を適切に実施するために、担当者を配置 (当該担当者としては、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。なお、同一敷地内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。) 担当者氏名	()																							
	2 入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村及び家族等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	()																							
	3 事故が発生し、医療機関に入院・通院した場合は、市介護保険課給付適正化係に報告書を提出していますか。	()																							
	4 賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償を行っていますか。 (損害保険の加入 有・無)	()																							
	5 事故に関する体制等																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">前年度</th><th style="text-align: center;">今年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事故の件数(ヒヤリハットを含む)</td><td style="text-align: center;">件</td><td style="text-align: center;">件</td></tr> <tr> <td>市町村への報告件数</td><td style="text-align: center;">件</td><td style="text-align: center;">件</td></tr> <tr> <td>前橋市への報告件数</td><td style="text-align: center;">件</td><td style="text-align: center;">件</td></tr> <tr> <td>損害賠償の件数</td><td style="text-align: center;">件</td><td style="text-align: center;">件</td></tr> <tr> <td>死亡事故の件数</td><td style="text-align: center;">件</td><td style="text-align: center;">件</td></tr> <tr> <td>死亡事故の内容</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>事故処理簿作成</td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td></tr> </tbody> </table>		前年度	今年度	事故の件数(ヒヤリハットを含む)	件	件	市町村への報告件数	件	件	前橋市への報告件数	件	件	損害賠償の件数	件	件	死亡事故の件数	件	件	死亡事故の内容			事故処理簿作成	有・無	
	前年度	今年度																							
事故の件数(ヒヤリハットを含む)	件	件																							
市町村への報告件数	件	件																							
前橋市への報告件数	件	件																							
損害賠償の件数	件	件																							
死亡事故の件数	件	件																							
死亡事故の内容																									
事故処理簿作成	有・無																								
6 本項目1の基準に満たない場合、安全管理体制未実施減算を算定していますか。	()																								
26 虐待の防止 (短期入所共通)	1 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催(テレビ電話装置等を活用することも可)し、その結果について、介護職員やその他の従業者に周知徹底していますか。また、委員会における検討内容を記録していますか(議事録等)。 【虐待防止検討委員会で検討する項目】 ☐ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること ☐ 虐待の防止のための指針の整備に関すること ☐ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること ☐ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること ☐ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること ☐ 虐待等が発生した場合に、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること ☐ 上記の再発防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること	()																							

項 目	評 価 事 項	評 価
26 虐待の防止 (短期入所共 通) (続き)	2 当該施設における虐待防止のための指針を整備していますか。 【虐待防止のための指針の項目】 ☐ 施設における虐待防止に関する基本的考え方 ☐ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項 ☐ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 ☐ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 ☐ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 ☐ 成年後見制度の利用支援に関する事項 ☐ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 ☐ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 ☐ その他虐待の防止の推進のために必要な事項	()
	3 介護職員その他の従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施していますか。 ☐ 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修を年2回(短期入所にあつては年1回)以上及び新規採用時にも必ず虐待の防止のための研修を実施すること。 ☐ 研修の実施記録を整備すること。	()
	4 虐待防止のための研修を適切に実施するための担当者を置いていますか。 (当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一敷地内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。)	()
	5 施設内で虐待が発生した場合、施設長や管理職員への報告・市町村への通報がしやすい体制を整えていますか。(発生した場合、市町村へ速やかに報告する必要があります。) ・通報件数と具体的内容 () ・具体的取組 ()	()
	6 通報(虚偽であるもの及び過失によるものを除く。)は守秘義務違反にならないこと、解雇その他不利益な取扱いを受けないことを職員に周知していますか。	()
	7 施設内で不適切なケアが起こってしまった場合は次の対応をしていますか。または、次のような仕組みをマニュアル化していますか。 ☐ 本人・家族から相談を受けた場合は、各部署の責任者や施設長に速やかな報告 ☐ 施設長を中心とした、虐待を行っているおそれのある職員やその他の職員への事実確認 ☐ 虐待の事実が確認された場合、その原因を究明・分析し、再発防止策を講じること。 ☐ 虐待の疑いがあると判断した段階での市町村への通報 ※施設内で解決が図られても市町村への通報義務はあります。	()
	8 職員への支援体制(ストレスマネジメント・メンタルケア等)を整えていますか。	()
	9 本項目1から4までの措置を講じていない場合に、高齢者虐待防止措置未実施減算を算定していますか。	()
27 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(短期入所共通) 【令和9年3月31日まで努力義務】	1 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、当該指定地域密着型介護老人福祉施設における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。 ☐ 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 ☐ 適切な開催頻度を決め、定期的に開催する ☐ 「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(厚生労働省HP掲載)」等を参考に取り組み ☐ 委員会の開催内容の記録(議事録等)	()

項 目	評 価 事 項	評 価
28 衛生管理 (短期入所共通)	1 入所者の使用する設備又は飲用水について、衛生的な管理に努めていますか。	()
	2 医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。また、医務室等が留守になる場合、施錠をしていますか。	()
	3 清掃及び臭気対策に留意し、施設内の衛生管理に努めていますか。(手すり・ドアノブ・テーブル等触れる可能性のある場所の清拭、床・水回りの清掃、使用後のおむつ入れの密閉、床対応の入居者への衛生管理等)	()
	4 空調設備等により、施設内の適温の確保に努めていますか。	()
	5 清潔区域(調理室、食堂、リネン室等)と汚染区域(トイレ、汚物処理室)等の区分けを意識していますか。(使用済みのオムツをリネン室に置かない等)	()
	6 感染性廃棄物は他の廃棄物と区分して蓋のある容器で保管していますか。	()
	7 循環式浴槽を使用している場合、浴槽水・ろ過器・配管内等の定期的な清掃・検査・塩素系薬剤による消毒を行っていますか。	()
	8 出張理美容を施設内で実施している場合は、相手方と契約書を交わしていますか。また、出張理美容を行う場所では、適切な作業環境が確保されていますか。	()
29 健康管理 (短期入所共通)	1 医師又は看護職員は、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとっていますか。	()
	2 看護職員は、入所者の心身の状況を的確に医師に伝えとともに、医師の診察内容や指示等を看護記録(個人記録)等に適切に記録していますか。	()
	3 医務日誌は適切に整備されていますか。	()
	4 65歳以上の入所者は年に1回、施設長の責任で結核検診(胸部レントゲン検査等)を実施し、結果を記録していますか。 ・実施日 年 月 日 実施機関 () ・対象者 人 実施者 人 未実施者 人 未実施者への対応() ・要精密検診者 人 要精密検診者への対応()	()
	5 結核健康診断実施報告書を保健所に提出していますか。	()
30 介護職員等による喀痰吸引等(特定行為)の取り扱い (短期入所共)	介護職員等が喀痰吸引等(特定行為)(以下「喀痰吸引等」という。)を行う場合、以下のような措置を講じていますか。	()
	1 施設ごとに、「登録喀痰吸引等事業者」として、県の登録を受けていますか。	()
	2 喀痰吸引等を行う介護職員等は、以下の条件を満たしていますか。 ☐ 認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けていること ☐ 認定特定行為業務従事者認定証に記載されている行為に限り、実施すること	()
	3 喀痰吸引等の実施に際して、配置医又は嘱託医から入所者ごとに文書による指示を受けていますか。また、指示の内容は、対象者の希望、心身の状況等を踏まえて医学的観点に基づいた個別のものですか。 ☐ 介護職員等による喀痰吸引等の実施の可否 ☐ 喀痰吸引等の実施内容 ☐ その他、喀痰吸引等計画書に記載すべき事項	()
	4 医療関係者(医師又は看護職)による対象者の定期的な状態確認を行い、喀痰吸引等を行う介護職員等と対象者の心身の状況に関する情報を共有していますか。	()
	5 個々の対象者の希望及び心身の状況並びに医師の指示を踏まえて、適切かつ安全なものとして喀痰吸引等計画書を作成していますか。	()
	6 喀痰吸引等実施状況報告書に介護職員等が喀痰吸引等を実施した日、実施内容、実施結果等を記載し、指示を行った医師への報告と確認を行っていますか。	()
	7 喀痰吸引等の業務に介護職員等が携わっている時に、対象者の病状が急変した場合、速やかに医師又は看護職員へ連絡を行う等の必要な措置を講じなければならないこと等を文書で定めていますか。	()

項 目	評 価 事 項	評 価																			
30 介護職員等による喀痰吸引等(特定行為)の取り扱い(短期入所共通)(続き)	8 喀痰吸引等に関する次の内容の書類(以下「業務方法書」という)を施設において作成し関係者間で共有することで、一定程度以上の提供業務に関する基準を整備し、安全かつ適正な提供体制の確保を図っていますか。 ☐ 喀痰吸引等の提供体制に関すること ・具体的な連絡体制及び役割分担に関すること ・具体的な安全体制に関すること ・秘密保持に関すること ☐ 喀痰吸引等業務の手順に関すること ・医師の文書による指示に関すること ・具体的な計画作成に関すること ・具体的な報告手順に関すること ・対象者等の同意に関すること ・具体的な急変時の連絡体制に関すること	()																			
	9 喀痰吸引等を安全に実施するための体制を整備していますか。 ☐ 医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置 ☐ 喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の確保 ☐ その他の安全確保(損害保険制度の加入等)	()																			
	10 「喀痰吸引等事業所が備えておくべき備品等一覧」により実施のために必要な備品を備えていますか。また、衛生的な管理及び感染症予防措置に努めていますか。	()																			
	11 喀痰吸引等計画の内容として記載されている事項(医師の指示、具体的な喀痰吸引の手順、具体的な緊急時の対応手順等)について、対象者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行い十分な安全確保が図られている中で実施されることについて、対象者の理解、同意を得ていますか。	()																			
	12 喀痰吸引等事業者は、喀痰吸引等を行う介護職員等が業務上知り得た対象者又はその家族の秘密等を退職後も含めて漏らすことがないよう必要な措置を講じていますか。	()																			
31 褥瘡対策	1 褥瘡予防のための方策は確立されていますか。 ☐ 褥瘡予防対策のための指針の整備 ☐ 褥瘡予防対策担当者の決定(看護師が望ましい) (同一敷地内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。) ☐ 褥瘡対策チームの設置(医師、看護職員、介護職員、栄養士等) ☐ 褥瘡のハイリスク者の把握 (ブレイデンスケール、OHスケール、DESIGN等のリスクアセスメントスケールの活用等) ☐ 褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価 (施設サービス計画の見直し) ☐ 介護職員等への褥瘡対策に関する継続教育の実施	()																			
	2 褥瘡発症者への対策は確立されていますか。 ☐ 医師への連絡及び医師の指示、処置の状況等の記録 ☐ 褥瘡対策チームによる発症要因の分析、治癒に向けた対応方法の検討 ☐ 施設サービス計画の見直し ☐ 褥瘡の治癒経過の記録及び対応の評価	()																			
	3 褥瘡発症者の状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th>段 階</th><th>前年度末</th><th>資料作成日 (. .)</th><th>現在の人数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 度</td><td>人</td><td></td><td>人</td></tr> <tr> <td>第 2 度</td><td>人</td><td></td><td>人</td></tr> <tr> <td>第 3 度</td><td>人</td><td></td><td>人</td></tr> <tr> <td>第 4 度</td><td>人</td><td></td><td>人</td></tr> </tbody> </table> ※各段階については、以下を参考にしてください。 第1度…圧迫により消退しない発赤、皮膚損傷なし 第2度…水泡、びらん、部分層創傷、皮膚潰瘍 第3度…脂肪層に至る全層創傷 第4度…筋肉、骨に至る全層創傷	段 階	前年度末	資料作成日 (. .)	現在の人数	第 1 度	人		人	第 2 度	人		人	第 3 度	人		人	第 4 度	人		人
段 階	前年度末	資料作成日 (. .)	現在の人数																		
第 1 度	人		人																		
第 2 度	人		人																		
第 3 度	人		人																		
第 4 度	人		人																		

項 目	評 価 事 項	評 価
32 感染症対策 (短期入所共通)	1 感染症又は食中毒の予防又はまん延防止のために、必要な措置を講じていますか。 ☐ 感染対策担当者の決定(看護師が望ましい) (同一敷地内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。) ☐ 感染対策委員会の設置 (施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員等により構成) ☐ 感染対策委員会の開催(おおむね3月に1回(短期入所にあつては6月に1回)以上、定期的に開催するとともに、必要に応じて随時開催)と職員への結果の周知 ☐ 委員会における検討内容の記録(議事録等) ☐ 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針の整備 ・平常時の対策 ・感染症発生時の対応 ☐ 指針に基づいた研修プログラムの作成及び定期的な職員研修(年2回(短期入所にあつては年1回)以上及び新規採用時)及び訓練(年2回(短期入所にあつては年1回)以上)の実施 ☐ 研修及び訓練の実施内容の記録	()
	2 感染者の利用拒否や、むやみな隔離等を行っていませんか。	()
	3 感染対策担当者は介護職等の職員に対して、入所予定者の当該感染症に関する知識や対応等を周知していますか。	()
	4 職員の日々の感染罹患状況や健康状態を確認していますか。	()
	5 日常ケアの中で適切な手洗いを全職員に徹底して行っていますか。 (1ケア1手洗い、ケア前後の手洗い、液体石けんと流水による正しい手洗いの実施)	()
	6 タオルの共用を避けるような工夫をしていますか。(ペーパータオルの使用等)	()
	7 標準予防策(スタンダードプリコーション)を職員に周知徹底していますか。 ☐ 感染の可能性のあるもの(血液、体液、痰、便、おう吐物、傷のある皮膚や粘膜など)に触れる時は、手袋を着用する。 また、ケアを終了し手袋を外した後、すぐに液体石けんと流水で手洗いを行う。 ※ 液体石けんの容器を再利用する場合は、容器を十分洗浄・乾燥させ、新しい石けん液を詰め替える。 ☐ 感染の可能性のあるもの(血液、体液、痰、便、おう吐物、傷のある皮膚や粘膜など)に触れてしまった時は、すぐに手洗いをし、必ず手指消毒をする。 ☐ 血液、痰、おう吐物等が飛び散って目、鼻、口を汚染しそうな時はゴーグル・マスクを、衣類や体にかかる可能性があるときはエプロンやガウンを着用する。 ☐ 使用後の注射針はリキャップせずに専用の容器に捨てる。	()
	8 ノロウイルス等による感染性胃腸炎の発生やまん延の防止を適切に行っていますか。 ☐ おう吐物処理に必要な物品(バケツ、汚物入れ、使い捨て手袋、エプロン、マスク、新聞紙や古タオル、消毒液、ビニール袋等)を1つにまとめ、取り出しやすい場所に常時準備している。 ☐ おう吐物の処理セットの設置場所及びおう吐物の正しい処理の方法・消毒液の希釈方法は、職員全員に周知され実践できる。 ☐ おう吐物処理は窓を開け換気をしながら行う。また最少人数で実施し、処理する人以外が近づかないようにする。 ☐ おう吐物が付着した床や、感染者が発生した場合のドアノブ・手すり・トイレの便座・ベッド柵等の触れる可能性のある場所は、次亜塩素酸ナトリウム(塩素濃度1,000ppm)で消毒している。 ☐ 感染者が発生した場合の食器の浸け置きや、平常時のドアノブ・手すり・トイレの便座、ベッド柵等の触れる可能性のある場所は、次亜塩素酸ナトリウム(塩素濃度200ppm)で消毒している。	()

項 目	評 価 事 項	評 価																																																																																							
32 感染症対策 (短期入所共 通) (続き)	9 感染症又は食中毒発生時に適切な対応を行っていますか。 ☐ 感染症又は食中毒の発生を疑ったときは、速やかに施設長及び看護職員に報告する体制が整っている。 ☐ 施設長は配置医又は嘱託医への連絡を行うとともに、職員に対して必要な指示を行える。 ☐ 施設長は 次の場合に市介護保険課指導係に報告するとともに、保健所に報告及び指示を求める等の措置を講じている。 ア 同一の感染症又は食中毒(疑いを含む)による死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合 イ 同一の感染症又は食中毒(疑いを含む)の患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 ウ ア及びイに該当しない場合で、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合 ☐ 有症者の症状や講じた措置及び施設の対応等を記録している。	()																																																																																							
	10 本項目9の報告を行った施設は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めていますか。	()																																																																																							
	11 感染症発症者の状況 (単位:人)	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">項目</th><th rowspan="3">前々年度</th><th colspan="4">直近1年間の増減</th><th>資料作成日</th></tr> <tr> <th colspan="2">増</th><th colspan="2">減</th><th>(. .)</th></tr> <tr> <th>施設内発生</th><th>施設外発生</th><th>治 癒</th><th>退 所</th><th>現在の人数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>感染症名</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>感染性胃腸炎 (ノロウイルス等)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>インフルエンザ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>MRSA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>レジオネラ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>結核</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>O-157</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>疥癬</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>肝炎</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>新型コロナウイルス</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	項目	前々年度	直近1年間の増減				資料作成日	増		減		(. .)	施設内発生	施設外発生	治 癒	退 所	現在の人数	感染症名							感染性胃腸炎 (ノロウイルス等)							インフルエンザ							MRSA							レジオネラ							結核							O-157							疥癬							肝炎							新型コロナウイルス						
項目	前々年度	直近1年間の増減				資料作成日																																																																																			
		増			減		(. .)																																																																																		
		施設内発生	施設外発生	治 癒	退 所	現在の人数																																																																																			
感染症名																																																																																									
感染性胃腸炎 (ノロウイルス等)																																																																																									
インフルエンザ																																																																																									
MRSA																																																																																									
レジオネラ																																																																																									
結核																																																																																									
O-157																																																																																									
疥癬																																																																																									
肝炎																																																																																									
新型コロナウイルス																																																																																									

食事の提供(共通)

施設名:

項 目	評 価 事 項	評 価																				
1 食事の提供 (1)提供時間	1 適切な時間に食事を提供していますか。 食事の提供時間 <table border="1"> <tr> <td>朝食</td><td>昼食</td><td>夕食</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table> ※現在の状況を記入のこと	朝食	昼食	夕食				()														
朝食	昼食	夕食																				
(2)適温	1 適温の食事の提供に努めていますか。 やむを得ず居室で食事をする利用者に対しても、保温食器・温冷配膳車等を使用し、適温の食事の提供に努めていますか。	()																				
(3)献立の作成	1 調理はあらかじめ作成された献立に従って行い、その実施状況を明らかにしていますか。	()																				
	2 病弱者の献立は、必要に応じ、医師の指導を受けていますか。	()																				
	3 嗜好調査、残食調査を実施し、献立や調理方法に反映させていますか。 ☐ 嗜好調査 ※前年度実績を記入のこと <table border="1"> <tr> <td>回数</td><td>記録の有無</td></tr> <tr> <td>実施方法</td><td></td></tr> </table> ☐ 残食調査 ※前年度実績を記入のこと <table border="1"> <tr> <td>頻度</td><td>記録の有無</td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>	回数	記録の有無	実施方法		頻度	記録の有無			()												
	回数	記録の有無																				
	実施方法																					
頻度	記録の有無																					
4 変化に富んだ食事(行事食やバイキング形式など)を定期的実施していますか。 ※前年度実績を記入のこと <table border="1"> <tr> <td></td><td>回数</td><td>本人負担の有無</td></tr> <tr> <td>行事食</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>選択食</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>外食</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>その他(出前等)</td><td></td><td></td></tr> </table>		回数	本人負担の有無	行事食			選択食			外食			その他(出前等)			()						
	回数	本人負担の有無																				
行事食																						
選択食																						
外食																						
その他(出前等)																						
5 食事内容について、医師又は栄養士もしくは管理栄養士を含む会議において、検討を加えていますか。 <table border="1"> <tr> <td>会議構成員</td><td></td></tr> </table>	会議構成員		()																			
会議構成員																						
(4)食事場所	1 入所者の自立の支援に配慮し、食事はできるだけ離床して食堂で行うよう努めていますか。 食事の場所 ※現在の状況を記入のこと <table border="1"> <tr> <td></td><td>人数</td><td></td><td>人数</td></tr> <tr> <td>食堂※</td><td>人</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>居室</td><td>人</td><td>左記のうちベッド</td><td>人</td></tr> <tr> <td>その他</td><td>人</td><td>具体的な場所</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">ベッドで食事をする利用者がある場合はその理由</td><td colspan="2"></td></tr> </table> ※ユニット施設にあっては共同生活室		人数		人数	食堂※	人			居室	人	左記のうちベッド	人	その他	人	具体的な場所		ベッドで食事をする利用者がある場合はその理由				()
	人数		人数																			
食堂※	人																					
居室	人	左記のうちベッド	人																			
その他	人	具体的な場所																				
ベッドで食事をする利用者がある場合はその理由																						
(5)居室関係部門との連携	1 入所者の心身の状況等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、直接処遇職員と食事関係職員との連絡が十分とられていますか。	()																				

項 目	評 価 事 項	評価															
2 栄養管理	1 入所者の心身の状況、嗜好に応じて適切な栄養量及び内容としていますか。	()															
	2 厚生労働省が示す「食事摂取基準表」に基づき、「給与栄養目標量」を作成し、必要に応じて改訂していますか。	()															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>年度</th><th>エネルギー</th><th>食材料単価</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">1日あたりの平均 栄養量・食材料単 価</td><td>前年度実績</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>今年度予定</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		年度	エネルギー	食材料単価	1日あたりの平均 栄養量・食材料単 価	前年度実績			今年度予定							
		年度	エネルギー	食材料単価													
	1日あたりの平均 栄養量・食材料単 価	前年度実績															
		今年度予定															
3 栄養量が確保されていますか。	()																
4 栄養士を置かない施設にあつては、献立の内容、栄養価の算定及び調理の方法について保健所の指導を受けていますか。	()																
5 入所者に対して、適切な栄養食事相談を行っていますか。	()																
3 食材の発注 【老健及び業務委託を行っている場合は記入する必要ありません】	1 発注書等を整備し、適切に保管していますか。	()															
	2 献立表に基づいた発注となっていますか。	()															
	3 当日消費が原則の生鮮食品等を翌日にまで提供していませんか。	()															
	4 発注に先立ち、会計責任者の決裁を受けていますか。	()															
	5 市場価格調査や見積合わせ等を実施していますか。	()															
	<table border="1"> <tr> <td>実施方法</td><td></td></tr> </table>	実施方法															
	実施方法																
	6 納入業者のうち、長期間固定化している業者はありますか。	()															
	固定化している業者名 <table border="1"> <thead> <tr> <th>業者名</th><th>納入品目</th><th>固定化している理由</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> ※納入品目には、例えば、米、野菜、精肉等の品目を記入してください。	業者名	納入品目	固定化している理由													
	業者名	納入品目	固定化している理由														
7 食材料の受入に際しては、現品と伝票等の照合を確実にしていますか。	()																
8 即日消費できない品目(醤油、砂糖、米等)及び大量購入の品目は、品目ごとに受け入れ、使用量及び残高が明らかになっていますか。	()																
9 食品の選定及び購入に当たっては、細心の注意を払い、安全なものを選択するよう、万全を期していますか。	()																

項 目	評 価 事 項	評価																				
4 衛生管理 (1)設備体制	1 食器類等の衛生管理に努めていますか。	()																				
	2 調理員専用の便所等の設備が整備されていますか。	()																				
	3 保健所の立入検査等の指導事項に対する改善状況は、適切ですか。 ※直近に実施されたものを記入のこと。	()																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>実施年月日</th><th>指導・指示の内容</th><th>改善状況</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	実施年月日	指導・指示の内容	改善状況																		
	実施年月日	指導・指示の内容	改善状況																			
4 調理業務関係者の検便は、毎月全員に実施していますか。	()																					
(2)検食の保存 (1回50食以上又は1日100食以上の給食サービス提供事業所が対象。)	1 原材料(洗浄・消毒を行わず購入した状態)及び調理済み食品(配膳後の状態)を食品ごとに50g程度ずつ密封して、-20℃以下で2週間以上保存していますか。	()																				
(3)調理済み食品の温度管理	1 調理終了後30分以内に提供できるものについては、調理終了時刻を記録していますか。 また、温かい状態で提供される食品以外の食品で、提供までに30分以上を要する場合は提供まで10℃以下で保存していますか。	()																				
	2 調理後の食品は、調理終了後から2時間以内に喫食するよう努めていますか。	()																				
5 検食	1 検食を毎食前に実施していますか。 ※現在の状況を記入のこと	()																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th> </th><th>検食時間</th><th colspan="3">職 種 名</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>朝食</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>昼食</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>夕食</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		検食時間	職 種 名			朝食					昼食					夕食					
		検食時間	職 種 名																			
	朝食																					
	昼食																					
夕食																						
2 検食の所見等が検食簿に記載されていますか。	()																					
3 異常が感じられる場合には、直ちに食事の提供を中止するなどの措置を講じていますか。	()																					
4 検食簿が整備され、必要に応じ施設長、医師、栄養士及び調理員へ回覧していますか。	()																					
6 その他	1 食中毒や火災等の事故防止対策を周知徹底していますか。	()																				
	2 栄養士・調理師は、積極的に外部の研修に参加していますか。	()																				
	3 保健所等の関係機関と日頃から連携を図り、平時及び非常時における関係者間の情報共有体制を構築していますか。	()																				

項 目	評 価 事 項	評価								
7 業務委託	【業務委託を実施している場合のみ記入してください。】									
(1)施設の業務	1 施設内の調理室を使用していますか。() 2 施設職員として栄養士を配置していますか。() 3 栄養基準や献立の作成基準を受託業者に明示するとともに、履行の確認を行っていますか。() 4 毎食、検食を行っていますか。() 5 受託業者の健康診断及び検便の結果を確認し、記録の写しを入手していますか。() 6 調理業務の衛生的取扱い、購入材料その他契約の履行状況を確認していますか。() 7 食品の選定及び購入に当たっては、細心の注意を払い、安全なものを選択するべく、万全を期すよう受託業者に指示していますか。()									
(2)受託業者	1 受託の概要 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">受託業者名</td><td></td></tr> <tr> <td>所在地</td><td></td></tr> <tr> <td>代表者名</td><td></td></tr> <tr> <td>具体的な委託内容</td><td>例)食材の発注、調理、献立作成等</td></tr> </table> 2 受託業務に際し、専門的な立場から必要な指導を行う栄養士が確保されていますか。() 栄養士の氏名 3 調理業務に従事する者の大半は、相当の経験を有する者ですか。()	受託業者名		所在地		代表者名		具体的な委託内容	例)食材の発注、調理、献立作成等	
受託業者名										
所在地										
代表者名										
具体的な委託内容	例)食材の発注、調理、献立作成等									
(3)契約	1 調理業務委託契約を文書で締結していますか。() 2 食事サービスの質が確保されるよう、栄養管理等について施設自らが行う等、施設が食事の提供を行う上で、必要な注意を果し得るような体制及び契約内容としていますか。() 3 受託業者に対して、施設側から必要な資料の提出を求めることができる規定になっていますか。() 4 受託業者が契約書で定めた事項を誠実に履行しないと施設が認めたとき、その他適正な給食を確保する上で、支障となる行為を行ったときは、契約期間中であっても、施設側において契約を解除できる規定になっていますか。() 5 受託業務の遂行が困難になった場合の代行保証に関することを規定していますか。() 代行保証業者名 6 受託業者の責任で、施設に損害を与えた場合は、受託業者は施設に対し、損害賠償を行う規定になっていますか。()									

設備基準(特養)ユニット以外

施設名:

項 目	評 価 事 項	評価															
1 居室	1 一居室の定員は、原則として1人となっていますか。 ※入所者へのサービスの提供上必要と認められる場合は、入所者のプライバシーの確保に配慮した上で4人以下とすることができる。 居室の状況(短期入所用の居室も含めた居室数を記入すること) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>居室数</th><th>一室あたり面積(平均)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1人部屋</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2人部屋</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3人部屋</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4人部屋</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		居室数	一室あたり面積(平均)	1人部屋			2人部屋			3人部屋			4人部屋			()
	居室数	一室あたり面積(平均)															
1人部屋																	
2人部屋																	
3人部屋																	
4人部屋																	
	2 入所者1人当たりの床面積は、10.65平方メートル以上としていますか。	()															
	3 居室は、男女別々の部屋となるよう配慮していますか。	()															
	4 ブザー又はこれに代わる設備が設けられていますか。	()															
	5 カーテン、ブザー、コンセントなど、破損している箇所はありませんか。	()															
	6 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。	()															
2 静養室	1 介護職員室又は看護職員室に近接して設けられていますか。	()															
	2 居室化していませんか。	()															
3 浴室 (処遇に支障のない場合は、ユニット部分と共通で可)	1 要介護者が使用するのに適したものになっていますか。 (機械浴、一般浴及びリフト浴等の浴槽機器が数種類用意されていますか。)	()															
	2 浴室、脱衣所は、プライバシーが配慮されたものになっていますか。	()															
4 洗面設備	1 居室のある階ごとに設けられていますか。	()															
	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。	()															
5 便所	1 居室のある階ごとに居室に近接して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、かつ、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 プライバシーが配慮されたものとなっていますか。	()															
6 医務室 (処遇に支障のない場合は、ユニット部分と共通で可)	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。 (診療所開設許可: 年 月 日) ※サテライト型居住施設のうち、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ものについては医務室を必要とせず、入所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る。	()															
	2 入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えていますか。また、必要に応じて臨床検査設備を設けていますか。	()															
7 調理室	1 火気を使用する部分は、不燃材料を用いていますか。	()															
	2 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。	()															
8 介護職員室	1 居室のある階ごとに居室に近接して設けていますか。	()															
	2 必要な備品を備えていますか。	()															
9 食堂及び機能訓練室	1 合計した面積は、3平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上としていますか。	()															
	2 食堂と機能訓練室を同一の場所とする場合は、食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保していますか。	()															
	3 必要な備品を備えていますか。	()															
10 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。	()															
11 その他	1 項目1～10の設備は、専ら当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(ユニット以外の部分)の用に供するものとなっていますか。 (ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りではありません。)	()															
	2 廊下、便所その他必要な場所に常夜灯を設けていますか。	()															
	3 廊下及び階段には手すりを設けていますか。	()															
	4 廊下幅は1.5メートル以上としていますか(中廊下の幅は1.8メートル以上)。 ※廊下の一部の幅を拡張すること等により、入所者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められるときは、これによらないことができる。	()															

設備基準(特養) ユニット部分

施設名:

項 目	評 価 事 項	評価									
1 ユニット											
(1)居室	1 一居室の定員は、基準以下となっていますか。 居室の状況(短期入所用の居室も含めた居室数を記入すること) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>居室数</th><th>一室あたり面積(平均)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1人部屋</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2人部屋</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 2 入所者1人当たりの床面積は、10.65平方メートル以上としていますか。 3 いずれかのユニットに属し、共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 4 1ユニットの定員は、概ね10人以下となっていますか(15人を超えることはできません)。 5 ブザー又はこれに代わる設備が設けられていますか。		居室数	一室あたり面積(平均)	1人部屋			2人部屋			()
	居室数	一室あたり面積(平均)									
1人部屋											
2人部屋											
(2)共同生活室	1 いずれかのユニットに属し、ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状をしていますか。 2 本項目1(2)-1の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。 3 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できるようになっていますか。 4 入居者と従業者と一緒に食事をしたり歓談を楽しむのに必要な設備・備品を備えた上で、車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていますか。	()									
(3)洗面設備	1 居室ごと又は共同生活室ごとに適当数が設けられていますか。 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。	()									
(4)便所	1 居室ごと、又は共同生活室ごとに適当数が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、かつ、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	()									
2 浴室 (処遇に支障のない場合は、ユニット以外の部分と共通で可)	1 要介護者が使用するのに適したものになっていますか。 (機械浴、一般浴及びリフト浴等の浴槽機器が数種類用意されていますか。) 2 浴室、脱衣所は、プライバシーが配慮されたものになっていますか。	()									
3 医務室 (処遇に支障のない場合は、ユニット以外の部分と共通で可)	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。 (診療所開設許可: 年 月 日) ※サテライト型居住施設のうち、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ものについては医務室を必要とせず、入所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る。 2 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。	()									
4 廊下	1 廊下、便所その他必要な場所に常夜灯を設けていますか。 2 廊下及び階段には手すりを設けていますか。 3 廊下幅は1.5メートル以上としていますか(中廊下の幅は1.8メートル以上)。 ※廊下の一部の幅を拡張すること等により、入所者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められるときは、これによらないことができる。	()									
5 調理室	1 火気を使用する部分は、不燃材料を用いていますか。 2 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。	()									
6 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。	()									
7 その他	1 項目2～6の設備は、専ら当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(ユニット部分)の用に供するものとなっていますか。 (ただし、入居者の処遇に支障がない場合には、この限りではない。)	()									

預り金(共通)

施設名:

項 目	評 価 事 項	評価																
1 管理方法 (1)自己管理	1 保管場所の確保等の配慮をしていますか。	()																
	2 自己管理が可能な者までも、施設が管理していませんか。	()																
(2)預り金の状況	1 入所者預り金の状況 ※現在の状況を記入のこと <table border="1"> <tr> <td>自己管理している入所者数</td><td></td></tr> <tr> <td>保管場所</td><td></td></tr> </table> ※施設に通帳、年金証書等の保管を依頼し、小遣い程度の現金のみを自己管理している者は、自己管理に含めないこと ※現在の状況を記入のこと <table border="1"> <tr> <td>施設管理している入所者数</td><td>預り金の総額</td><td>最高額</td><td>個人で総額500万円以上を預り金としている人数</td></tr> <tr> <td>人</td><td>千円</td><td>円</td><td>人</td></tr> <tr> <td>日常生活自立支援事業の利用者</td><td colspan="3">人</td></tr> </table> ※「預り金の総額」の欄は、預かっている現金・預金・有価証券等の総額(千円未満切り捨て)を記入し、「最高額」の欄は、そのうち最高額の預り金総額を記入すること。 ※「日常生活自立支援事業(旧 地域福祉権利擁護事業)の利用者」の欄は、当該事業を利用し、金銭管理を基幹的社会福祉協議会に依頼している利用者数を記入のこと。	自己管理している入所者数		保管場所		施設管理している入所者数	預り金の総額	最高額	個人で総額500万円以上を預り金としている人数	人	千円	円	人	日常生活自立支援事業の利用者	人			
自己管理している入所者数																		
保管場所																		
施設管理している入所者数	預り金の総額	最高額	個人で総額500万円以上を預り金としている人数															
人	千円	円	人															
日常生活自立支援事業の利用者	人																	
(3)契約等	1 預り金管理規程を設けていますか。	()																
	2 預かるに当たっては、本人又は家族と文書で契約していますか。	()																
	3 2の契約では、施設で預かるものを文書(一覧表等)により明確化していますか。 ※当初預かった金品類(通帳など)に変更又は追加が生じた場合は再度同様に取扱うこと。	()																
	4 契約内容(預かったもの)に変更があった場合、変更契約の締結(変更内容の確認)を行うなど変更の経緯(記録)は明確になっていますか。	()																
	5 預り金管理料は明確になっていますか。 <table border="1"> <tr> <td>金額</td><td>月・日あたり</td><td>円</td></tr> </table>	金額	月・日あたり	円	()													
金額	月・日あたり	円																
(4)保管状況	1 印鑑及び通帳(含む現金)の管理状況 <table border="1"> <tr> <td></td><td>現金</td><td>預金</td><td>印鑑</td></tr> <tr> <td>保管責任者(職・氏名)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>施設長点検</td><td>年 回</td><td>年 回</td><td>年 回</td></tr> </table> ※「施設長点検」の欄は、年4回、年12回等、施設長による点検の頻度を記入すること。 2 預金通帳と印鑑の保管場所は分離し、複数の職員がかかわらないと両方が取り扱えないようになっていますか。		現金	預金	印鑑	保管責任者(職・氏名)				施設長点検	年 回	年 回	年 回					
	現金	預金	印鑑															
保管責任者(職・氏名)																		
施設長点検	年 回	年 回	年 回															
(5)出納管理	1 出納帳は、個人ごとの収支状況・残高が明確に把握できるものになっていますか。	()																
	2 現金は、個人ごとに管理していますか。	()																
	3 出納帳、通帳、領収書は相互に整合性がありますか。	()																
	4 キャッシュカードを作成したり、預かっていませんか。	()																
	5 入所者の支払を施設が一時的に立て替える場合は、立替金を遅滞なく精算していますか。	()																
(6)払い出し	1 払い出しに際し、入所者から受領印を徴していますか。(本人へ現金を払い出す場合に限る)	()																
	2 受領印を徴することが困難な場合は、複数職員の立会のもとに授受を行っていますか。	()																
	3 高額な金額の払い出し(日常生活に必要な金額以外)がありますか。 ※過去1年間の状況を記入のこと <table border="1"> <tr> <td>高額な払い出しの有無</td><td>有・無</td></tr> </table>	高額な払い出しの有無	有・無															
高額な払い出しの有無	有・無																	

項 目	評 価 事 項	評価												
(7)点検	1 施設長は預り金全体(現金、通帳、出納帳等)について、毎月点検を行っていますか。 ※内部牽制確立のため、通帳残高(現金有高)と出納帳残高の照合等を定期的に行うこと。	()												
(8)報告	1 預り金の収支状況を定期的に入所者(必要に応じて身元引受人)に知らせていますか。 ※現在の状況を記入のこと <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td>対象人数</td><td>頻度</td><td>具体的な方法</td></tr> <tr> <td>入所者本人への報告</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>身元引受人への報告</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ※「対象人数」の欄には、対象となる入所者の人数、「頻度」の欄には、年4回、年12回等年間での実施回数を記載のこと。		対象人数	頻度	具体的な方法	入所者本人への報告				身元引受人への報告				()
	対象人数	頻度	具体的な方法											
入所者本人への報告														
身元引受人への報告														
(9)その他	1 縁故(身寄り)不在者の預り金の管理は適切ですか。 ※現在の状況を記入のこと <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>縁故不在者の人数</td><td>人</td></tr> <tr> <td>預り金の収支状況報告の方法</td><td></td></tr> </table>	縁故不在者の人数	人	預り金の収支状況報告の方法		()								
縁故不在者の人数	人													
預り金の収支状況報告の方法														
	2 成年後見人制度の利用状況 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">法定後見制度</td><td>後見人</td><td>人</td></tr> <tr> <td>保佐人</td><td>人</td></tr> <tr> <td>補助人</td><td>人</td></tr> <tr> <td>任意後見制度</td><td>人</td><td></td></tr> </table> ※直近の状況。制度を利用している利用者の人数を記入のこと。	法定後見制度	後見人	人	保佐人	人	補助人	人	任意後見制度	人				
法定後見制度	後見人		人											
	保佐人		人											
	補助人	人												
任意後見制度	人													
	3 入所者本人・成年後見人以外の者から、払い出しの請求があった場合、払い出しを行っていますか。	()												
2 日用品費	1 本人支給金は、適切に支給していますか。【該当施設のみ】	()												
	2 入院患者日用品費を適切に支給していますか。【該当施設のみ】	()												
3 遺留金品	1 遺留金品の処理の状況 ※(別紙4) 2 退所者の状況に記入してください。													
	2 遺留金品の処理に係る記録、挙証書類を残していますか。	()												

施設名:

36

	評 価 事 項	評価								
2 防火管理 (続き)	(4) 計画の内容が職員等へ周知されている。(研修のほか・掲示・備置などによる) ☐ 各職員の非常災害時における分担を定めた編成表 ☐ 避難場所 ☐ 避難誘導経路 ☐ 消防用設備配置場所	()								
	3 火災のみでなく風水害、地震発生時の防災計画が策定されていますか。 また、その対応も規定されていますか。	()								
3 消防用設備	1 消防用設備の整備・維持管理は適切に行われていますか。	()								
	(1) 外観・機能点検を6か月ごとに行っている。 <table border="1"> <tr> <td>点検年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>点検年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	点検年月日	年 月 日	点検年月日	年 月 日	()				
点検年月日	年 月 日									
点検年月日	年 月 日									
	(2) 故障箇所、整備不良等に対し、適切な改善を行っている。	()								
	(3) 下記の施設には、スプリンクラー設備を設置している。 (ア) 2 防火管理 1(3)で、面積に関係なく列記した施設。 軽費老人ホーム、有料老人ホームは、避難が困難な要介護者を主として入所又は 宿泊させるものに限る。 障害者支援施設、短期入所施設、共同生活援助施設、救護施設、障害児入所施設は、 介助がなければ避難できない者を概ね8割以上入所させるものに限る。 (イ) 2 防火管理 1(3)以外の施設で面積が6,000㎡以上(平屋建てを除く)の施設。	()								
	(4) 下記の施設には、自動火災報知設備・消防機関への通報装置を設置している。 2 防火管理 1(3)で列記した施設すべて 1(3)以外 面積に関係なく利用者を入居又は宿泊させるもの全てに自動火災報知設備 1(3)以外 自動火災報知設備の感知器と連動して通報装置の起動を義務付け	()								
	2 点検結果を所轄消防機関へ1年に1回以上報告していますか。 <table border="1"> <tr> <td>報告年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	報告年月日	年 月 日	()						
報告年月日	年 月 日									
4 防災訓練	1 消火、通報及び避難訓練が適切に実施されていますか。	()								
直近1年間の状 況を記載してく ださい。	(1) 訓練は1年に2回以上実施している。 <table border="1"> <tr> <td>実施年月日</td> <td>実施内容</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	実施年月日	実施内容	年 月 日		年 月 日		年 月 日		()
実施年月日	実施内容									
年 月 日										
年 月 日										
年 月 日										
	(2) 避難、救出その他の訓練の実施に当たっては、できるだけ地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。	()								
	2 必要に応じ、所轄消防機関等の立ち会いが行われていますか。	()								
	3 入所施設においては、昼間訓練及び夜間又は夜間を想定した訓練を実施していますか。 <table border="1"> <tr> <td>昼間訓練</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>夜間(想定)訓練</td> <td>回</td> </tr> </table>	昼間訓練	回	夜間(想定)訓練	回	()				
昼間訓練	回									
夜間(想定)訓練	回									
	4 計画に基づく訓練が実施され、実施記録が整備されていますか。	()								

	評 価 事 項	評価							
5 浸水及び土砂災害対策	1 事業所が、市町村が策定した市町村地域防災計画(浸水想定区域または土砂災害警戒区域内等が該当)において要配慮者利用施設として位置づけられているか確認していますか。	()							
	(1) 要配慮者利用施設に該当した場合、施設の立地に応じた避難確保計画が策定されている。 ※既存の非常災害対策計画(地震・火災対策計画等)に土砂災害や洪水に関連する様式や項目を追加することよい。	()							
	(2) (1)で策定されている避難確保計画に、以下の項目が含まれている。 ・防災体制 ・避難の誘導方法 ・避難の確保を図るための施設の整備に関する事項 ・防災教育及び訓練 ・その他、円滑かつ迅速な避難に必要と考えられる事項 ・(水防法のみ、自主水防組織がある場合)自主水防組織の業務	()							
	2 避難確保計画を策定・変更した際には、市町村長へ報告していますか。	()							
	3 避難訓練を実施していますか。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">実施年月日</td> <td>実施内容</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	実施年月日	実施内容	年 月 日		()			
実施年月日	実施内容								
年 月 日									
6 非常時の協力体制の整備	1 地域住民・ボランティア組織等との応援・協力体制が確立されていますか。	()							
	2 近隣施設及び病院等との相互支援体制が確立されていますか。	()							
	3 近隣住民・施設等に対し防災訓練への参加等により、施設・入所者等の実態を認識してもらうなどの連携が図られていますか。(老健施設を除く)	()							
7 消防の立入検査(直近3回の状況)	1 消防の立入検査時の指摘事項に対する改善が図られていますか。 立入検査: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 33%;">年 月 日</td> <td style="width: 33%;">年 月 日</td> <td style="width: 33%;">年 月 日</td> </tr> </table> 指摘事項: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> 改善状況: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	年 月 日	年 月 日	年 月 日					()
年 月 日	年 月 日	年 月 日							
8 防犯(不審者)対策	1 不審者侵入時等の対応マニュアルが作成され、職員に周知されていますか。	()							
	2 不審者侵入時等における避難経路や緊急連絡方法を職員に周知していますか。	()							
	3 防犯に関する安全確保に関する責任者は定められていますか。	()							
	4 防犯講習の受講や不審者対策訓練等を、年に1回以上実施していますか。	()							
	5 防犯対策として、以下のような措置を講じていますか。 ☐ 夜間の出入り口の限定 ☐ 来訪者への声がけ(「どこへ行かれますか」、「何かお手伝いしましょうか」など)等 ☐ 警報装置や防犯カメラの設置等の防犯に係る施設面・設備面の対策 ☐ 施設周辺の危険箇所の利用者・家族への周知(特に通所系サービス・施設外活動等) ☐ 警察や地域団体との日常的な連絡 ☐ その他 ()	()							

利用料(密着特養)

施設名:

項 目	評 価 事 項	評価																																																																																																																																
1 利用料の受領 ※ ユニット型施設にあつては「入所者」は「入居者」に読み替えること。	1 次に掲げる費用を利用料として適切に受領していますか。 ア 入所者が負担すべき介護給付費の一部 イ 食事の提供に要する費用及び居住に要する費用 ウ 入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 エ 入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用 オ 理美容代 カ その他入所者に負担させることが適当と認められるもの(その他日用品費等) キ 送迎に要する費用(厚生労働大臣が別に定める場合を除く)【短期入所】 利用料の状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th>サービスの種類</th><th>項目</th><th>金額(単価)</th><th>円</th><th>件</th><th>件</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="12">指定地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護</td> <td>居住費(第1段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>居住費(第2段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>居住費(第3段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>居住費(第4段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第1段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第2段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第3段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第4段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="12">短期入所 生活介護</td> <td>滞在費(第1段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>滞在費(第2段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>滞在費(第3段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>滞在費(第4段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第1段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第2段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第3段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>食費(第4段階)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> ※「項目」の欄には、介護報酬の利用者負担以外のものを全て記入すること。 ※右の2欄には、直近の2か月間の請求延べ件数を記入すること。 ※ユニット型、従来型個室、特別な室料等がある場合は、適宜作成してください。 ※同様のものがあれば、それを提出してください。	サービスの種類	項目	金額(単価)	円	件	件	指定地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	居住費(第1段階)					居住費(第2段階)					居住費(第3段階)					居住費(第4段階)										食費(第1段階)					食費(第2段階)					食費(第3段階)					食費(第4段階)																				短期入所 生活介護	滞在費(第1段階)					滞在費(第2段階)					滞在費(第3段階)					滞在費(第4段階)										食費(第1段階)					食費(第2段階)					食費(第3段階)					食費(第4段階)																				()
サービスの種類	項目	金額(単価)	円	件	件																																																																																																																													
指定地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	居住費(第1段階)																																																																																																																																	
	居住費(第2段階)																																																																																																																																	
	居住費(第3段階)																																																																																																																																	
	居住費(第4段階)																																																																																																																																	
	食費(第1段階)																																																																																																																																	
	食費(第2段階)																																																																																																																																	
	食費(第3段階)																																																																																																																																	
	食費(第4段階)																																																																																																																																	
短期入所 生活介護	滞在費(第1段階)																																																																																																																																	
	滞在費(第2段階)																																																																																																																																	
	滞在費(第3段階)																																																																																																																																	
	滞在費(第4段階)																																																																																																																																	
	食費(第1段階)																																																																																																																																	
	食費(第2段階)																																																																																																																																	
	食費(第3段階)																																																																																																																																	
	食費(第4段階)																																																																																																																																	
	2 本項目1のカの費用のうち、「その他日用品費」の具体的な範囲については、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」に沿って、取り扱っていますか。	()																																																																																																																																
	3 本項目1に掲げる費用の額について、あらかじめ入所者又は家族に対し、説明を行い、同意を得ていますか。また、料金表で明確になっていますか。	()																																																																																																																																
	4 運営規程に定めないものを徴収していませんか。	()																																																																																																																																
	5 法定代理受領サービスに該当しない施設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、不合理な差額が生じていませんか。	()																																																																																																																																

項 目	評 価 事 項	評価
1 利用料の受領 (続き)	6 入所者(短期入所者含む)に次の費用を別途負担させていませんか。 (1) 施設内で利用するおむつ、おむつカバー、リハビリパンツ等 (2) 通院の際の付添費(人件費相当)や車輛燃料代等 (3) 入所者の私物の洗濯代(個別に外部のクリーニング店に取り継ぐ場合除く) (4) 施設が全ての利用者に一律に提供する行事・教養娯楽に係る費用 (5) 施設が実施する入所者の健康診断(胸部エックス線検査等)に係る費用 (6) 嚥下困難な入所者への食事摂取や水分補給に係る費用(とろみ剤等) (7) 食事用のエプロン、及びその洗濯代 (8) エアマット、エアマットの電気料 (9) 防水シーツ、防水パンツ (10) ウロバック、カテーテルチップ (11) 車いす、歩行器及びポータブルトイレ等の福祉用具 (12) 体位変換器(クッションなど)等の福祉用具(車イス用含む) (13) 管理協力費、共益費、施設利用料保証金等の曖昧な費用	()
	7 施設介護サービス費その他のサービスの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、領収証を交付していますか。 ※口座引き落とし等支払いの方法によらず領収証の交付が必要。	()
	8 領収証には、次の額を区分して記載していますか。 ☐ 保険給付対象額 ☐ 食事の提供に要した費用 ☐ 居住に要した費用 ☐ その他の費用の額	()
	9 領収証に医療費控除の対象となる金額が適切に記載されていますか。 医療費控除の対象となる金額…(介護費自己負担額+食費自己負担額+居住費自己負担額)1/2	()
2 居住費・食費	1 居住費・食費について入所者又は家族に対して次の内容を含めて説明し、同意を得ていますか。 (1) 入院・外泊時の取扱い (2) 追加的費用である特別な室料、特別な食事の内容及び料金	()
	2 居住費・食費の額を変更した場合は、あらかじめ、入所者又は家族に対し、変更後の額及びその根拠について説明し、同意を得ていますか。	()
	3 本項目2の変更に係る取扱いを、運営規程に定めていますか。	()
	4 食費を徴しているにもかかわらず、次の費用を別途入所者負担としていませんか。 (1) 栄養補助食品(ゼリー等)、サプリメント等 (2) 経管栄養の実施に必要なチューブ等の材料費(経管栄養注入セット) (3) 施設行事における外食等の実費全額(食費との二重徴収にならないよう配慮すること)	()
(短期入所)	5 短期入所における食費は、1食ごと(朝・昼・夕食)に分けて設定していますか。 また、提供した食事分のみを徴収していますか。	()

項 目	評 価 事 項	評価
3 経過措置 ※該当する施設のみ	1 従来型個室の経過措置について、適切に取り扱っていますか。 (1) 平成17年9月30日においてユニットに属する個室以外の個室(以下「従来型個室」という。)に入所している者であって、平成17年10月1日以後に当該従来型個室を退所するまでの間、引き続き継続して従来型個室に入所する者(平成17年9月1日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者に限る。)に対しては、多床室の単価で算定していますか。(ただし、当該従来型個室を一旦退所した後、再度、当該従来型個室に入所してサービスを受ける場合にあつては、経過措置の対象とはならない。) (2) 平成17年10月1日以後、従来型個室に入所する者であつて、次のいずれかに該当するものに対しては、多床室の単価で算定していますか。 イ 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であつて、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの ロ 居室の面積が10.65㎡以下である従来型個室に入所する者 ハ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者 ニ 看取り介護加算を算定するに当たって、看取りのための個室が従来型個室で、感染症等により従来型個室への入所の必要があると医師が判断した者であつて、当該従来型個室への入所期間が30日以内である場合 (3) 本項目1(2)のイ、ハ又はニに該当する場合、診療録等に適切に記録していますか。 (4) 本項目1(2)に該当する場合、従来型個室の居住費(滞在費)を徴収していませんか。 (5) 本項目1(2)に該当する場合、「入所者が選定する特別な居室」に係る室料を徴収していませんか。 (6) 本項目1(2)に該当する場合、利用者及び家族に対して説明し、同意を得ていますか。	() () () () () () () ()

変更の届出等(特養)

項 目	評 価 事 項	評 価
1 変更の届出等	(1) 指定を受けた施設について、次のいずれかの事項に変更があったときは、事前の確認を要するため、変更日の2週間前までにその旨を前橋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 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 ③ 定員	()
	(2) 指定を受けた施設について、次のいずれかの事項に変更があったときは、10日以内に、その旨を前橋市長に届け出ていますか。 ① 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 ② 開設者の登記事項証明書又は条例等 ③ 本体施設がある場合にあつては、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 ④ 併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要 ⑤ 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 ⑥ 運営規程 ⑦ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関があるときは、そ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。) ⑧ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号	()
2 指定の辞退等	(1) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を辞退しようとする場合にあつては、その旨を前橋市長に届け出ていますか。	()
3 介護給付費算定に係る体制等に関する届出	(1) 届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものとしていますか。	()
	(2) 事業所の体制等が、加算等の要件を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに届け出ていますか。 (加算が算定されなくなった事実が発生した日から加算の算定はできません。)	()

変更の届出等(短期入所)

項 目	評 価 事 項	評 価
1 変更、再開の届出	(1) 次のいずれかの事項に変更があったときは、事前の確認を要するため、変更日の2週間前までにその旨を前橋市長に届け出ていますか。 ① 事業所の所在地(出張所を含む) ② 事業所の建物の構造、専用区画等(平面図) ③ 定員	()
	(2) 指定を受けた事業所について、次のいずれかの事項に変更があったとき又は休止した事業を再開したときは、10日以内に、その旨を前橋市長に届け出ていますか。 ① 事業所の名称、電話、FAX ② 申請者の名称、主たる事務所の所在地、電話、FAX ③ 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ④ 登記事項証明書又は条例等(当該指定短期入所生活介護事業に関するものに限る。) ⑤ 事業実施形態(特養の空床利用型、併設型の別) ⑥ 利用者の推定数 ⑦ 事業所の管理者の氏名、生年月日、及び住所 ⑧ 運営規程 ⑨ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	()
2 廃止、休止の届出	1 当該指定短期入所生活介護事業所を廃止又は休止するときは、廃止、休止の日の1月前までに、その旨を市長に届け出ていますか。 ① 廃止又は休止しようとする年月日 ② 廃止又は休止しようとする理由 ③ 現に指定短期入所生活介護サービスを受けている者に対する措置 ④ 休止の場合は、休止の予定期間	()
3 介護給付費算定に係る体制等に関する届出	(1) 届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものとしていますか。	()
	(2) 事業所の体制等が、加算等の要件を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに届け出ていますか。 (加算が算定されなくなった事実が発生した日から加算の算定はできません。)	()

(別紙1)委員会・研修・訓練の実施状況

※以下の内容が確認できる既存資料の提出でも可

1 委員会開催状況

委員会	開催頻度	前年度 開催日	現年度 開催日
感染症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			
虐待の防止のための対策を検討する委員会			
その他(記載してください)			
その他(記載してください)			
その他(記載してください)			

2 研修実施状況

区分	研修名等具体的内容	前年度 実施日	現年度 実施日
業務継続 計画関係			
感染症予 防まん延防 止関係			
高齢者虐 待防止関 係			
その他(記 載してくだ さい)			
その他(記 載してくだ さい)			
その他(記 載してくだ さい)			
その他(記 載してくだ さい)			

3 施設外研修(前年度・現年度受講分)

受講年月日	主催者	開催地／ eラーニング等	研修内容	参加職種	参加人員

4 職員研修体制

--

5 新規採用時研修プログラム

(有 ・ 無)

研修内容	実施の有無	直近実施日
業務継続計画関係	有 ・ 無	
感染症予防まん延防止関係	有 ・ 無	
高齢者虐待防止関係	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	
その他(記載してください)	有 ・ 無	

6 訓練実施状況

区分	訓練名等具体的内容	前年度 実施日	現年度 実施日
業務継続 計画関係			
感染症予 防まん延防 止関係			
その他(記 載してくだ さい)			
その他(記 載してくだ さい)			

7 運営推進会議等 ※開催が義務付けられている地域密着型サービスの場合のみ記載してください。

	開催頻度	前年度 開催日	現年度 開催日
運営推進会議／介護・ 医療連携推進会議			

(別紙2)

職員の配置状況

		年 月 日現在												(単位:人)		
区 分		施設長	事務員	生活相談員	介護支援専門員				機能訓練指導員	管理栄養士	調理員	医師		その他	合計	
						介護職員	看護職員	小計				常勤	非常勤			
前々年度中	採用							0							0	
	退職							0							0	
		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
実人数								0							0	
前年度中	採用							0							0	
	退職							0							0	
		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
実人数								0							0	
現年度	採用							0							0	
	退職							0							0	
		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
	実人員							0							0	
常勤換算		/	/	/	/			0	/	/	/	/	/	/	0	
配置基準			/					0	/	/	/		/	/	0	
前年度の入所者延べ数								人	入所者の前年度の平均値							人

- (注) 1. 今年度の欄には、運営指導の前月初日の職員の状況を記載してください。
2. 実人員は非常勤職員も含めて記載してください。
3. 常勤換算数は、職種毎の職員の勤務延べ時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間数で除した人数を小数点第2位以下を切り捨てて記載してください。
4. 前年度の入所者延べ数は、入院・外泊者を除き算定してください。
5. 入所者の前年度の平均値は、小数点第2位以下を切り上げてください。
6. 退職のうち法人内異動によるものは()書きしてください(内数)。

(別紙3)

職員等の状況

入居又は入所(短期を含む)施設名

年 月 日現在								
職 種	常勤 非常勤	専任 兼任	常勤換 算した勤 務割合	氏 名	年 齢	資 格	採 用 年 月	現職経 験年月
							年 月 .	年 月 .

(注)

1. 施設(短期入所事業を含む)、介護保険の居宅サービス事業の別に作成し、法人全職員(パートタイマーを含む)について、運営指導の前月の初日の状況を記載してください。
2. 「職種」欄は、施設長、事務員、生活相談員、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員、機能訓練指導員、(管理)栄養士、調理員等の順に記載してください。
3. 「専任兼任」欄には、A:常勤専従 B:常勤兼務 C:非常勤専従 D:非常勤兼務を記載してください。
4. 常勤換算した勤務割合は、当該施設等の常勤職員を1.0として、当該施設等における1週間の勤務時間数により換算し、小数点以下第1位まで記載してください。施設と居宅の兼務がある場合は、兼務割合がわかるよう記載してください。
5. 「資格」欄には、加算の対象となる「看護師」「介福」(介護福祉士の略称)等は必ず記載してください。
6. 「採用年月」欄には、法人に採用された年月を、「現職経験年月」欄には、現在の施設・事業所に勤務を開始した年月を記載してください。
7. ユニット型施設とユニット型以外の施設で別葉に記載してください。

地域密着型介護老人福祉施設

(別紙4)

1 入所者の状況

		当月初 日入所 者	新 規 入 所 者					退 所 者					当月末 日入所 者
			家庭	病院	施設	その他	計	家庭	入院	死亡	その他	計	
年	月	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	1												
	2												
	3												
合計													
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	1												
	2												
	3												
合計													

2 退所者の状況

※1 入所者の状況の退所者計について記載

区分	氏 名	性別	年齢	死亡・退所年月 日	主たる死因 (死亡の場合)	遺留金品の処理状況		
						遺留金品総額	引渡年月日	受領者 の続柄

※区分の欄には、死亡退所、その他の退所の別を記入のこと。(例:死亡→死、その他の退所→退)

(別紙5)行動・心理症状(BPSD)のある利用者リスト

[illegible]

※行動・心理症状利用者リストは、特に介護で対応が困難な方を対象として記入してください。

※行動・心理症状の具体的内容は、必要時追加して記入してください。

※施設等で独自の様式がある場合は、その様式をお使いください。

※用紙が不足する場合は、コピーしてお使いください。

＜参考＞

行動・心理症状(BPSD)は、周辺症状とほぼ重複する概念であり、精神症状や行動障害があります。

- 1 精神症状： 幻覚(幻視、幻聴)、妄想、不安、抑うつ、睡眠障害など

- 2 行動障害： 他人が共感したり、理解することが難しく他からみても望ましくない行動をいいます。

興奮、暴力、叫声、徘徊、不潔行為、異食、拒絶、性的逸脱行動、常同行動、収集癖など、認知症の約半数に行動障害がみられると言われています。行動障害の原因は、中核症状(記憶・見当識障害、実行機能障害など)、精神症状(不安、抑うつ、幻覚・妄想など)、身体の状態、社会・家庭の環境等の様々な要因が相互に関連しています。

(別紙6)

施設で独自に取り組んでいる事例について

施設で工夫しながら独自に取り組んでいる事例を記載してください。

※できる限り具体的に、また詳細に記載してください。

※集団指導で紹介する場合がありますので、支障のない範囲で記載してください。

※実際の取り組みについて、提供できる資料があれば、運営指導当日に提出をお願いいたします。

- 例 (1) 防災・防犯等での活用を想定し、職員への一斉メールを送信できるようにした。(LINEのグループ化等)
(2) ヒヤリ・ハット報告を提出しやすいよう、様式を簡素化した結果、報告件数が増えた。
(3) 入所者ごとの入浴介助方法について、誰でもわかりやすいよう〇〇を作成している。 等

事例1

事例2