

自己点検表【介護老人保健施設】

R6～版

事業所名	
点検者 職・氏名	
点検年月日	

- 指定介護保険事業者として守るべき最低基準を掲げています。確認の際は関係法令等も併せて参照してください。
- 「基準の概要」欄の内容が実施できているかを確認し、内容を満たしているものには「はい」、そうでないものは「いいえ」、該当しない場合は「該当なし」にチェックをしてください。
- 「確認資料等」の欄には、「基準の概要」の遵守状況が確認できる資料及び必要な事項を記入してください。

◎根拠条文

- ・法：介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・施行令：介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・施行規則：介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
- ◇施設指定基準：介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）
- ☆施設基準通知：介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について（平成12年老企第44号）
- ・施設基準条例：大津市介護保険法に基づく介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成25年大津市条例第13号）

●この自己点検表は、事業者自らが指定基準等の遵守状況を確認し、提供するサービスの質を確保するとともに、事業運営の改善等を図ることを目的に作成していただくものです。

●実地指導や指定の更新等の際に提出していただくことがあります。

●令和6年度の制度改正に係る箇所を赤字にしておりますので、参考にしてください。

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
I 基本方針				
1. 基本方針 ◇施設サービス計画に基づいて、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並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所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にすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保険施設サービス（以下、「施設サービス」という。）の提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇介護保健施設サービスを提供するにあたっては、法第118条の2第1項に規定する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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II 人員に関する基準				
1. 従業者の員数 ◇施設に置くべき従業者の員数は次のとおりとしているか。				

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
(1) 医師 ◇常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆常勤の医師が1名以上配置されているか。ただし、複数の医師が勤務をする形態で、この内1人が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められる時は、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆上記に関わらず、介護医療院又は病院若しくは診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている施設にあっては、必ずしも常勤の医師の配置は必要ではない。従って、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間が基準に適合すれば差し支えない。ただし、この場合において、この内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に責任を持つ医師としているか。また、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保険施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務時間として差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 薬剤師 ◇施設の実情に応じた適当数を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者の数を300で除した数以上を標準としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）又は介護職員（以下「看護・介護職員」という。） ◇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（看護職員の員数は看護・介護職員の総数の7分の2程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の7分の5程度をそれぞれ標準としているか。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆看護・介護職員は、原則として施設の職務に専ら従事する常勤職員としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合及び看護・介護職員が施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合であって、看護・介護職員の一部に非常勤職員を充てる場合は、下記の条件をいずれも満たしているか。 ① 常勤職員である介護・看護職員が必要数の7割程度確保されている。 ② 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。また、看護・介護職員が併設事業所の職務に従事する場合は、施設において勤務する時間を勤務計画表によって管理されていなければならない。施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所での勤務時間は含まれないものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆看護・介護職員が併設事業所の職務に従事する場合は、施設において勤務する時間を勤務計画表によって管理しているか。また、施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所での勤務時間を含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>(4) 支援相談員 ◇1以上(入所者の数が100を超える場合にあつては、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上。)配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てているか。</p> <p>ア 入所者及び家族の処遇上の相談 イ レクリエーション等の計画、指導 ウ 市町村との連携 エ ボランティアの指導</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ◇常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆施設の入所者に対するサービス提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションのサービスの提供にあたることは差し支えないが、この場合において、施設の常勤換算方法における勤務時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間を含んでいないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(6) 栄養士又は管理栄養士 ◇入所定員100以上の介護老人保健施設にあつては、1以上配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士が兼務する場合、栄養管理に支障がないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆100人未満の施設においても、常勤職員の配置に努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(7) 介護支援専門員 ◇1以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。)配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇☆その業務に専ら従事する常勤の職員を1名以上配置しているか。ただし、入所者の数が100を超え、増員した場合の介護支援専門員については非常勤として差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇☆介護支援専門員が施設の他の職務に従事する場合、入所者の処遇に支障がないか。また、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務を行っていないか。ただし、非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務 兼務の場合 職務内容： 勤務場所：
<p>(8) 調理員、事務員その他の従業者 ◇介護老人保健施設の実情に応じた適当数</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(9) 管理者 ◇管理者は、専ら施設の職務に従事する常勤の者であるか。ただし、当該施設の管理上支障のない場合は、他の事業所、施設等の職務に従事することができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務 兼務の場合 職務内容： 勤務場所：
<p>◇施設指定基準第2条第1項に規定する、施設に配置すべき従業者数を算出するために用いる入所者の数は、前年度の平均値としているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇第2条第1項の常勤換算方法は、当該従業者のそれぞれの勤務延時間数の総数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより算出しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
☆上記の場合の勤務延時間数は、当該施設の介護保険施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、施設が通所リハビリテーションの指定を合わせて受けている場合であって、ある従業者が施設サービスと通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数に、通所リハビリテーションに従事する勤務時間を含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇従業者は、専ら施設の職務に従事する者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ⅲ 施設及び設備に関する基準				
1. 施設 ◇次に掲げる施設を有しているか。 ①療養室、②診察室、③機能訓練室、④談話室、⑤食堂、⑥浴室、⑦レクリエーション・ルーム、⑧洗面所、⑨便所、⑩サービス・ステーション、⑪調理室、⑫洗濯室又は洗濯場、⑬汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇施設の基準は、次のとおりとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 療養室 イ 1の療養室の定員は、4人以下であるか。 ロ 入所者1人当たりの床面積は、8㎡（経過措置として、一定のみなし介護老人保健施設は6㎡）以上であるか。 ハ 地階に設けていないか。 ニ 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るか。 ホ 寝台又はこれに代わる設備を備えているか。 ヘ 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るか。 ト ナース・コールを設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 機能訓練室 1㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械、器具を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 食堂 2㎡（経過措置として、一定のみなし介護老人保健施設は1㎡）に入所定員を乗じて得た面積以上としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 浴室 イ 身体の不自由な者が入浴するのに適しているか。 ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦ 洗面所 療養室のある階ごとに設けられているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧ 便所 イ 療養室のある階ごとに設けられているか。 ロ ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、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るか。 ハ 常夜灯を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
◇上記に掲げる施設は、専ら当該施設の用に供するものであるか。 ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。 ☆介護老人保健施設と病院、診療所等が併設される場合、一定の条件の下、療養室を除く施設の共用は可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 構造設備の基準 ◇施設の建物は耐火建築物であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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（経過措置として、一定のみなし介護老人保健施設はエレベーターの設置は義務付けられていない。）をそれぞれ1以上設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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以上設けているか。（ただし、一定の場合、上記直通階段を避難階段の数に算入できる。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇階段には手すりを設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇廊下の構造は、次のとおりとしているか。 イ 幅は1.8m以上であるか。ただし、中廊下の幅は2.7m以上とすること（経過措置として、一定のみなし介護老人保健施設には、廊下幅の規定は適用されない。）。 □ 手すりを設けているか。 ハ 常夜灯を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇入所者に対する施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IV 運営に関する基準				
1. 内容及び手続の説明及び同意 ◇施設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、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項（事故発生時の対応、苦情処理の体制等）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の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧な説明を行い、同意については書面で得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇施設は、入所申込者又はその家族からの申出があった場合は、第1項の規定による文書の交付に代えて、第5項で定めるところにより、当該入所申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該施設は、当該文書を交付したものとみなす。				
（1）電子情報処理組織（施設の使用に係る電子計算機と、入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの				

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
イ 施設の使用に係る電子計算機と入所申込者又はその家族の使用に係る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				
ロ 施設の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された第1項に規定する重要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使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）				
（2）電磁的記録媒体（電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の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。）に係る媒体をいう。）をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法				
◇第2項に規定する方法は、入所申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇第2項（1）の「電子情報処理組織」について、施設の使用に係る電子計算機と、入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇第2項の規定により第1項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該入所申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得ているか。 （1）第2項各号に規定する方法のうち施設が使用するもの （2）ファイルへの記録の方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇第5項の規定による承諾を得た施設は、当該入所申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該入所申込者又はその家族に対し、第1項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によって行っていないか。ただし、当該入所申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 提供拒否の禁止 ◇正当な理由なく、施設サービスの提供を拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否していないか。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、入院治療の必要がある場合その他入所者に対し、自ら適切なサービスを提供することが困難な場合である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
4. 受給資格等の確認 ◇施設サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する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を確かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇上記の被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、施設サービスを提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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利用申込者については、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、当該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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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が終了する30日前にはなされるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 入退所 ◇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、施設サービスを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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、施設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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆医学的管理の下における介護及び必要性等、施設サービスを受ける必要性を勘案して優先的に入所させるにあたっては、透明性及び公平性が求められることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者の家族等に対し、居宅への復帰が見込まれる場合には、居宅での療養へ移行する必要があること、また、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等を説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇上記の検討に当たり、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆居宅への復帰の可否の検討を、入所後早期に行っているか。また、その検討は病状及び身体状況に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも3月ごとに行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇退所に際しては、その者又は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るほか、退所後の主治医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事業者との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
7. サービスの提供の記録 ◇入所に際しては、入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を被保険者証に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇☆サービスを提供した際には、サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況その他必要な事項を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 利用料等の受領 ◇法定代理受領サービスに該当する施設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、施設介護サービス費用基準額から施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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その利用者から支払を受ける利用料の額と、施設介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇以下の費用以外の支払を利用者から受けていないか。 イ 食事の提供に要する費用 ロ 居住に要する費用 ハ 特別な療養室の提供に要する費用 ニ 特別な食事の提供に要する費用 ホ 理美容代 ヘ 上記の他、サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入居者に負担させることが適当と認められる費用。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇☆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費用の支払いを受けていないか。なお、イからニまでの費用については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」（平成17年9月7日厚生労働省告示第419号）及び厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等（平成12年厚生省告示第123号）の定めるところによるものとし、ヘの費用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」（平成12年3月30日老企第54号）に従っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇上記に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、予め、入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ているか。また、イからニの費用に係る同意については、文書により得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 保険給付の請求のための証明書の交付 ◇法定代理受領サービスに該当しない施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に対して交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 介護保険施設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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇施設サービスは、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
◇従業者は、施設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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇施設サービスの提供に当たっては、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を除き、身体的拘束等を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。 ☆緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じているか。				
① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下、テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆委員会は幅広い職種（施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆委員会の構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医の活用等が考えられる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆施設が、報告、改善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ることを理解しているか。決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。 なお、同一事業所内での複数担当（※）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、入所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ものを選任すること。 （※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆委員会の内容は、以下のようなこととしているか。 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>□ 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。</p> <p>ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、□により報告された事例を集計し、分析すること。</p> <p>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、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。</p> <p>ホ 報告された事例、分析結果を従業者に周知すること。</p> <p>ヘ 適正化策を講じた後、その効果について評価すること。</p>				
② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆指針には、以下のような項目を盛り込んでいるか。</p> <p>イ 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</p> <p>□ 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</p> <p>ハ 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</p> <p>ニ 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</p> <p>ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>ヘ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>ト 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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆研修の実施内容について記録しているか。研修の実施は、職員研修施設内の研修で差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>11. 施設サービス計画の作成</p> <p>◇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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者の課題分析、サービス担当者会議の開催、施設サービス計画の作成、施設サービス計画の実施状況の把握など、一連の業務を通じて施設サービス計画に基づいてサービスが適切に行われるようにしているか。なお、施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することのないように留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、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付けるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
☆施設サービス計画の作成又は変更にあたっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、地域住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成にあたっては、適切な方法により、入所者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて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を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆アセスメントは、計画作成担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、アセスメントにあたっては、入所者及びその家族に面接して行っているか。この場合において、計画担当介護支援専門員は、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、理解を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆アセスメントのための面接においては、入所者やその家族との信頼関係、協働関係の構築が重要であるため、計画担当介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び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、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、施設サービスの目標及びその達成時期、施設サービスの内容、施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆施設サービス計画原案には、上記に加え、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設定し記載しているか。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、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い得るようにしているか。なお、ここでいうサービスの内容には、施設の行事及び日課等も含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、その活用について入所者等の同意を得なければならない。）の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画原案について、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極めているか。なお、担当者とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
☆説明及び同意を要する施設サービス計画の原案とは、施設サービス計画書の第1表及び第2表に相当するものを指すものである。また、施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ることを義務づけているが、必要に応じて家族に対しても説明を行い同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際に、当該施設サービス計画を入所者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、計画作成後にモニタリング（入所者についての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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、入所者、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、以下のとおり行っているか。 ① 定期的に入所者に面接すること。 ② 定期的にモニタリングの結果を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断しているか。また、「特段の事情」とは入所者の事情により面接できない場合を指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇計画担当介護支援専門員は、以下の場合、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。 ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合 ② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇☆施設サービス計画を変更する際にも、原則として第2項から第8項に規定された施設サービス計画作成に当たっての一連の業務を行っているか。なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 診療の方針 ◇医師の診療の方針は、次に掲げるところによっているか。				
① 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 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、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 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、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
④ 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 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はいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 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、又は処方していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等 ◇医師は、入所者の病状からみて当該施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力病院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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇医師は、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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇医師は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇医師は、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、その情報により適切な診療を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者に対して往診及び通院（対診）の必要がある場合において、「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）を遵守して対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆機能訓練は入所者1人について、少なくとも週2回程度行っているか。また、実施にあたっては、以下の手順により行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成しているか。また、計画の内容は施設サービス計画と整合しているか。なお、施設サービス計画の中にリハビリテーション実施計画を記載しても差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ロ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ハ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ニ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護・介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
15. 栄養管理 ◇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、各入所者の栄養管理を計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆管理栄養士は、以下の手順により計画的に栄養管理を行っているか。ただし、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行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、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、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図っているか。なお、栄養ケア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、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ 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うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ハ 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、必要に応じて当該計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、別添通知「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」において示しているのか、参考としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 口腔衛生の管理 ◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆介護老人保健施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。別添通知「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」も参照しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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（以下「歯科医師等」という。）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回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆上記の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直しているか。なお、口腔衛生の管理体制に係る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ものとする。</p> <p>イ 助言を行った歯科医師 □ 歯科医師からの助言の要点 ハ 具体的方策 ニ 当該施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆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上記の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るか。なお、施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>17. 看護及び医学的管理の下における介護 ◇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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇入所者の病状及びその心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇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の体制を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより褥瘡発生の予防効果を向上させるための体制を整備するために、次のような取組みを実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>① 褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>② 施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を決めているか。 なお、同一事業所内での複数担当（※）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、入所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。 （※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	担当者：
<p>③ 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>④ 施設における褥瘡対策に関する指針を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
⑤ 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇入所者に対し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇入所者に対し、その負担により、当該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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 食事の提供 ◇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、適切な時間に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆調理は、予め作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くても午後5時以降といているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆食事の提供に関する業務は施設自らが行うことが望ましいが、施設の最終的責任の下で第三者に委託する場合は、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆入所者に対し、適切な栄養食事相談を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆食事内容については、施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 入所者に関する市町村への通知 ◇入所者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しているか。 一 正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより要介護状態の程度を増進させたと認められる時。 二 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとした時。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>22. 管理者による管理 ◇専ら当該施設の職務に従事する常勤の者であるか。</p> <p>ただし、当該施設の管理上支障がない場合は、他の事業所、施設等又は当該施設のサテライト型居住施設の職務に従事することができる。</p> <p>☆ただし、以下の場合であって、当該指定介護老人福祉施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。 (1)当該指定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、当該介護老人保健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介護老人保健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。）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>23. 管理者の責務 ◇管理者は、施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇管理者は、従業者に施設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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>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、「11. 施設サービス計画の作成」に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行っているか。</p>				
<p>◇入所申込者の入所に際し、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、指定居宅サービス等の利用状況等を把握しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇苦情の内容等を記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>25. 運営規程 ◇次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。</p> <p>① 施設の目的及び運営の方針 ② 従業者の職種、員数及び職務の内容 ③ 入所定員 ④ 施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ⑤ 施設の利用に当たっての留意事項 ⑥ 非常災害対策</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
⑦ 虐待の防止のための措置 ⑧ 暴力団等の排除 ⑨ その他運営に関する重要事項（苦情処理、事故対応、秘密保持、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。）				
26. 勤務体制の確保等 ◇入所者に対し、適切な施設サービスを提供することができるよう、従業員の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆施設ごとに、原則として月ごとに勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護・介護職員による夜勤体制を確保しているか。また、休日、夜間においても医師との連絡が可能な体制であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇☆施設の従業員によってサービスを提供しているか。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務（調理、洗濯等業務）については、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇従業員の資質の向上のために、研修の機会を確保しているか。その際、施設は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）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講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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員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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容 「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」及び「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（以下、「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、以下の内容について特に留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、従業員に周知・啓発しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、労働者に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>□ 事業主が講じることが望ましい取組について</p> <p>パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、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）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、入所者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ「事業主が講ずべき措置の具体的な内容」の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているが、参考にしているか。</p> <p>(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)</p> <p>加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、施設におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>27. 業務継続計画の策定等</p> <p>◇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るか。</p>	□	□	□	
<p>◇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るか。</p>	□	□	□	
<p>◇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るか。</p>	□	□	□	
<p>☆業務継続計画を策定するとともに、当該計画に従い、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しているか。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第26条の2に基づき施設に実施が求められるものであるが、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。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における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」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。</p>	□	□	□	
<p>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） □ 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）</p>	□	□	□	
<p>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） □ 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</p>	□	□	□	
<p>☆研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとしているか。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施しているか。また、研修の実施内容についても記録しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の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。</p>	□	□	□	
<p>☆訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施しているか。なお、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実施することも差し支えない。また、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。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>	□	□	□	
<p>28. 定員の遵守 ◇入所定員及び療養室の定員を超えて入所させていないか。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	□	□	□	
<p>29. 非常災害対策 ◇非常災害に関する具体的計画を立て、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するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。</p>	□	□	□	
<p>☆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従業者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行っているか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
☆「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（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。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ているか。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樹立等の業務を行わせているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・非常災害等の発生の際に、その事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆上記のほか、以下の点に留意しているか。				
☆調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法等関係法規に準じて行っているか。また、食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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は、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているが、これに基づき、適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、以下に掲げる措置を講じているか。				
◇施設における感染症及び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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）を概ね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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆感染対策委員会は、幅広い職種（施設長（管理者）、事務長、医師、看護・介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、担当者を定めているか。同一事業所内での複数担当（※）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、入所者や施設の状態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。</p> <p>（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者</p> <p>なお、感染対策委員会は、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、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。</p> <p>また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p>	□	□	□	担当者：
<p>◇施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定しているか。平常時の対策としては、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）等に触れる時、傷や創傷皮膚に触れる時の取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、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、行政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しているか。（記載内容について、「介護現場における感染対策の手引き」参照。）</p>	□	□	□	
<p>◇介護職員その他の従業者に対し、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並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的に行っているか。</p>	□	□	□	
<p>☆感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、指針に基づいた衛生管理に徹底や衛生的なケアの励行を行うものとしているか。</p>	□	□	□	
<p>☆指針に基づく研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施しているか。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、受託者に対しても、指針の内容を周知しているか。また、研修の実施内容については記録しているか。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」等を活用するなど、施設内での研修で差し支えない。</p>	□	□	□	
<p>◇上記第1号から第3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症及び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るか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆感染症の予防及びまん延の防止のための訓練 平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行っているか。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施しているか。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆入所予定者の感染症に関する事項も含めた健康状態を確認することが必要であるが、その結果感染症や既往であっても、一定の場合を除きサービス提供を断る正当な理由には該当しないため、こうした者が入所する場合、感染症対策担当者は、介護職員その他の従業者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知した上で対応しているか。</p>	□	□	□	
<p>31. 協力医療機関等 ◇入所者の病状の急変等に備えるため、予め、下記一から三に掲げる要件を満たす協力医療機関（下記三の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めているか。ただし、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下記一から三の要件を満たすこととしても差し支えない。</p> <p>☆協力医療機関の選定に当たっては、必要に応じ、地域の関係団体の協力を得て行われるものとするほか、施設から近距離にあることが望ましい。</p>				
<p>一 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。</p> <p>☆介護老人保健施設の入所者の病状の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力医療機関を定めなければならない。その際、例えば一、二の要件を満たす医療機関と三の要件を満たす医療機関を別に定めるなど、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。</p> <p>連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅支援診療所、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。なお、令和6年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意すること。</p> <p>また、三の要件については、必ずしも当該介護保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。</p> <p>なお、協力医療機関との連携に係る義務付けの適用に当たっては、令和6年改正省令附則第6条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされているが、経過措置期限を持たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>二 介護老人保健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。</p>				
<p>三 入所者の病状が急変した場合等において、介護老人保健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。</p>				

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>◇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、当該指定介護老人保健施設に係る許可を行った市長に届け出ているか。</p> <p>☆協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に1回以上、協力医療機関と入所者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等を解説許可を行った市長（以下「許可権者」という。）に届け出ることを義務付けたものである。協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やかに指定権者に届け出ること。同条第1項の規定の経過措置期間において、同条から三の要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合は、経過措置の期限内に確保するための計画を併せて届出を行うこと。</p>	□	□	□	
<p>◇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（次項において「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。次項において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めているか。</p> <p>☆取り決めの内容としては、流行初期経過後（新興感染症の発生の公表後4か月程度から6か月程度経過後）において、介護老人保健施設の入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うことが想定される。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。</p>	□	□	□	
<p>◇協定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るか。</p> <p>☆協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関との取り決めを行うことが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>◇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、再び当該介護老人保健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るか。</p> <p>☆「速やかに入所させることができるよう努めなければならない」とは、必ずしも退院後に再入所を希望する入所者のために常にベッドを確保しておくということではなく、できる限り円滑に再入所できるよう努めなければならないということである。</p>	□	□	□	
<p>◇予め、協力歯科医療機関を定めておくよう努めているか。</p>	□	□	□	
<p>32. 掲示 ◇施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力医療機関、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項（以下、単に「重要事項」という。）を掲示しているか。</p>	□	□	□	
<p>◇上記に規定する重要事項を記載した書面を当該施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることができるようになっていないか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
◇原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しているか。 ☆ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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いないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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がないよう、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇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、予め文書により入所者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 ◇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を供与していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇居宅介護支援事業者又はその従業者から、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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. 苦情処理 ◇提供した施設サービスに係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相談窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。 ☆「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するために構ずる措置の概要について明らかにし、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するとともに、施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。 ☆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、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇提供したサービスに関し、法第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、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、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。 また、市町村から求めがあった場合、改善の内容を報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◇提供したサービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。 また、国民健康保険団体連合会から求めがあった場合、改善の内容を報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. 地域との連携等 ◇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地域との交流に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>◇提供した施設サービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めているか。</p> <p>☆「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれているものである。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>37. 事故発生の防止及び発生時の対応 ◇事故の発生又はその再発を防止するため、以下に定める措置を講じているか。</p>				
<p>①事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆指針には、以下のような項目を盛り込んでいるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設における介護事故防止に関する基本的な考え方 ・事故防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 ・事故防止のための職員研修に関する基本方針 ・施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ・介護事故等発生時の対応に関する基本方針 ・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ・その他介護事故等の発生の防止のために必要な基本方針 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>②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徹底する体制を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆従業者に周知徹底するための体制の整備のため、以下のような取り組みを行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護事故等について報告するための様式を整備すること。 ・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すること。 ・事故発生防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。 ・事例の分析に当たっては、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、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。 ・報告された事例、分析結果を従業者に周知徹底すること。 ・防止策を講じた後に、その効果について評価すること。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>③事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆事故防止検討委員会は、幅広い職種（施設長（管理者）、事務長、医師、看護・介護職員、生活相談員）により構成しているか。</p>				

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすること。なお、事故防止検討委員会は、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、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営しても差し支えない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。</p> <p>また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>☆事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行っているか。</p> <p>☆指針に基づく研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には、必ず事故発生防止の研修を実施しているか。なお、研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。</p>	□	□	□	
<p>④上記①から③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。</p> <p>☆施設における事故発生を防止するための体制として、上記①から③に掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会において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、同一事業所内での複数担当（※）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の業務に従事しており、入所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。（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者</p>	□	□	□	担当者：
<p>◇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、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。</p>	□	□	□	
<p>◇事故の状況、事故に際して採った処置を記録しているか。</p>	□	□	□	
<p>◇入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。</p>	□	□	□	
<p>38. 虐待の防止 ◇虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じているか。</p>	□	□	□	
<p>☆虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じているか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>・虐待の未然防止 高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第1条の2の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促しているか。 同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。</p>	□	□	□	
<p>・虐待等の早期発見 施設の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市町村への虐待の届出について、適切に対応しているか。</p>	□	□	□	
<p>・虐待等への迅速かつ適切な対応 虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口へ通報される必要があり、施設は当該通報の手続きが迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めているか。</p>	□	□	□	
<p>上記3つの観点をつまみ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施しているか。</p>	□	□	□	
<p>①施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者等に周知徹底を図っているか。</p>	□	□	□	
<p>☆虐待の防止のための対策を検討する委員会（以下「虐待防止検討委員会」という。） 虐待防止検討委員会は、虐待等の発生防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。 一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。 なお、虐待防止検討委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。 また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、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」、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。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図っているか。</p> <p>イ 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 ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること ニ 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 ホ 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 ヘ 虐待等が発生した場合、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 ト 前号の再発の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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>②施設における虐待の防止のための指針を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆虐待の防止のための指針 施設が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。</p> <p>イ 施設における虐待の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 ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 ニ 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 ヘ 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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>③施設において、従業者等に対し、虐待の防止のための研修を定期的 に実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆虐待の防止のための従業者に対する研修 従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしているか。 職員教育を組織的に徹底させていくためには、事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。 また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◇上記①から③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	担当者：

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>☆虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者 事業所における虐待を防止するための体制として、①から③まで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るか。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。</p> <p>なお、同一事業所内での複数担当（※）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、入所者や施設の状態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。</p> <p>（※）身体的拘束等適正化担当、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための措置を適切に実施するための担当者</p>	□	□	□	
<p>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 （※令和9年3月31日まで努力義務）</p> <p>◇施設は、当該施設における業務の効率化、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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、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く、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えないものであること。</p> <p>また、本委員会は、定期的開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましい。</p> <p>あわせて、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」等を参考に取組を進めることが望ましい。また、本委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、この際、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」、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。</p> <p>なお、事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に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）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、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。また、委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えない。</p>	□	□	□	
<p>40. 会計の区分 ◇介護保険施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。</p>	□	□	□	
<p>41. 記録の整備 ◇従業員、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るか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等
<p>◇次に掲げる記録を整備し、施設サービスの提供の完結の日（※）から2年間保存しているか。</p> <p>① 施設サービス計画 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の内容等の記録 ③ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ④ 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 ⑤ 市町村への通知に係る記録 ⑥ 苦情の内容等の記録 ⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録</p> <p>※「完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、入所者の死亡、入所者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指す。</p>	□	□	□	
<p>42. 暴力団等の排除 ・事業所を運営する法人の役員及び管理者その他従業者は、暴力団員ではないか。また、事業の運営について、暴力団員の支配を受けてはいないか。</p>	□	□	□	
V 雑則				
<p>電磁的記録等 ◇介護老人福祉施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定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、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができるが、電磁的記録を活用しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆(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ること。</p> <p>(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</p> <p>(3)その他、基準省令第51条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものに類するものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。</p> <p>(4)また、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いのためのガイダンス」、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。</p>	□	□	□	
<p>◇介護老人福祉施設及びその従業者は、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、この省令の規定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、電磁的方法により行うことができるが、電磁的方法を活用しているか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認資料等																								
<p>☆(1)電磁的方法による交付は、基準省令第5条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。</p> <p>(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が、「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。</p> <p>(3)電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等と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が、「押印についてのQ&A（同上）」を参考にすること。</p> <p>(4)その他、基準省令第51条第2項において電磁的方法によることができることとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によっているか。また、基準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。</p> <p>(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。</p>																												
VI 業務管理体制の整備																												
<p>1. 業務管理体制の届出 事業所を設置する事業者ごとに、業務管理体制を整備し、法に定める届出先（市又は県、厚生労働省）に法令遵守責任者等、業務管理体制の届出をしていますか。</p> <p><i>*事業所等の数によって届出の内容が異なります。 事業所等の数は、指定事業所等の数を合算します。みなし事業所及び総合事業における介護予防・生活支援サービス事業は含みません。</i></p> <p>届出先について ① ②～⑥以外の介護サービス事業者 都道府県知事 ② ③～⑥以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る事業所又は当該指定若しくは許可に係る施設が二以上の都道府県の区域に所在し、かつ、二以下の地方厚生局の管轄区域に所在するもの【事業者の主たる事務所の所在地の都道府県知事】 ③ ⑤以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所又は当該指定若しくは許可に係る全ての施設が一の指定都市の区域に所在するもの【指定都市の長】 ④ ⑤以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所又は当該指定若しくは許可に係る全ての施設が一の中核市の区域に所在するもの【中核市の長】 ⑤ 地域密着型サービス事業又は地域密着型介護予防サービス事業のみを行う介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所が一の市町村の区域に所在するもの【市町村長】 ⑥ 当該指定に係る事業所又は当該指定若しくは許可に係る施設が三以上の地方厚生局の管轄区域に所在する介護サービス事業者【厚生労働大臣】</p> <p>業務管理体制の整備の内容 以下の内容を届出しているか。</p> <table border="1" data-bbox="201 1997 1136 2258"> <thead> <tr> <th>事業所等の数</th> <th>20未満</th> <th>20～99</th> <th>100以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">業務管理体制の内容</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> </tr> <tr> <td></td> <td>法令遵守規程の整備</td> <td>法令遵守規程の整備</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>業務執行状況の監査方法</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">届出事項</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>法令遵守規程の概要</td> <td>法令遵守規程の概要</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>業務執行状況の監査方法</td> </tr> </tbody> </table>	事業所等の数	20未満	20～99	100以上	業務管理体制の内容	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任		法令遵守規程の整備	法令遵守規程の整備			業務執行状況の監査方法	届出事項	法令遵守責任者の氏名	法令遵守責任者の氏名	法令遵守責任者の氏名		法令遵守規程の概要	法令遵守規程の概要			業務執行状況の監査方法				<p>届出年月日 年 月 日</p> <p>届出先 <input type="checkbox"/> 大津市 <input type="checkbox"/> 滋賀県 <input type="checkbox"/> 厚生労働省 <input type="checkbox"/> その他【 】 法令遵守責任者 職名【 】 氏名【 】</p>
事業所等の数	20未満	20～99	100以上																									
業務管理体制の内容	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任																									
		法令遵守規程の整備	法令遵守規程の整備																									
			業務執行状況の監査方法																									
届出事項	法令遵守責任者の氏名	法令遵守責任者の氏名	法令遵守責任者の氏名																									
		法令遵守規程の概要	法令遵守規程の概要																									
			業務執行状況の監査方法																									
<p>法令遵守責任者（法令遵守のための体制の責任者）の選任をしているか。</p> <p><i>資格を求めものではないが、少なくとも法及び法に基づく命令の内容に精通した法務担当の責任者を選任する。法務部門を設置していない事業者の場合には事業者内部の法令遵守を確保することができる者を選任する。なお代表取締役が法令遵守責任者となることを妨げない。</i></p>																												

