

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書																																																									
第1 人員																																																														
01 職員の配置	1 入所者に対し、職員数は適切か。◆ 【調書提出月の初日時点の状況】※着色セルに記入すること <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">職種</th> <th rowspan="2">基準</th> <th colspan="3">現員</th> </tr> <tr> <th>常勤(人)</th> <th>非常勤(人)</th> <th>常勤換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>必要数</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>生活相談員</td> <td>人以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>主任生活相談員</td> <td>人以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>人以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>栄養士・管理栄養士</td> <td>1以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>支援員</td> <td>人以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>主任支援員</td> <td>人以上</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>調理員</td> <td>適当数</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>事務員</td> <td>適当数</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> <tr> <td>宿直</td> <td>配置</td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #ffff00;"></td> </tr> </tbody> </table> ※ショートステイを併設している場合は、一体的な数を記入	職種	基準	現員			常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算数	医師	必要数				生活相談員	人以上				主任生活相談員	人以上				看護職員	人以上				栄養士・管理栄養士	1以上				支援員	人以上				主任支援員	人以上				調理員	適当数				事務員	適当数				宿直	配置				いる いない	・基準省令第12条 ・解釈通知第3-1 ・国通知S62.9.18社施107 「社会福祉施設における防火安全対策の強化について」	・勤務実績表 ・タイムカード ・勤務体制一覧表 ・資格表
職種	基準			現員																																																										
		常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算数																																																										
医師	必要数																																																													
生活相談員	人以上																																																													
主任生活相談員	人以上																																																													
看護職員	人以上																																																													
栄養士・管理栄養士	1以上																																																													
支援員	人以上																																																													
主任支援員	人以上																																																													
調理員	適当数																																																													
事務員	適当数																																																													
宿直	配置																																																													
02 施設長・職員の資格要	2 施設長は、常勤であり、資格要件を満たしているか。◆ 3 施設長は当該施設の職員の管理、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（他事業所を兼務している場合、兼務体制は適切か）。◆ 4 生活相談員は有資格者又はこれと同等以上の能力を有する者を配置しているか。◆	いる いる いる	いない いない いない	・基準省令第5条、第12条、第21条 ・解釈通知第1-4、第3-1 ・基準省令第5条、第12条、第22条 ・解釈通知第1-4、第3-1、第5-8	・資格証 ・施設長の雇用形態が分かる文書、勤務実績表 ・タイムカード																																																									
03 職員の専従◆	5 直接処遇職員（生活相談員・介護職員・看護職員）は、専従となっているか。	いる	いない	・基準省令第6条 ・解釈通知第1-5	・勤務実績表 ・勤務体制一覧表																																																									

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書																																																																				
第2 勤務体制の確保等																																																																									
01 勤務体制	6 職員の勤務体制は適切にとられているか。◆	いる	いない	・基準省令第12条 ・解釈通知第3-1	・雇用の形態（常勤・非常勤）がわかる文書 ・勤務実績表 ・勤務体制一覧表																																																																				
	7 職員の夜間の勤務体制は適切にとられているか。 ①宿直者 人 (時間帯: 時 分 ~ 時 分) ②夜勤者 人 (時間帯: 時 分 ~ 時 分)	いる	いない	・基準省令第23条 ・解釈通知第5-9	・勤務体制（シフト）表																																																																				
02 職員研修◆	8 年間研修計画を算定しているか。◆	いる	いない	・基準省令第23条 ・解釈通知第5-9	・年間研修計画 ・実施記録・受講報告																																																																				
	9 研修終了後の報告をさせ、不参加の職員にも研修内容を周知しているか。 ・周知の方法 〔レポート提出・会議等で報告・その他()〕	いる	いない																																																																						
	10 職場外研修へは積極的に参加しているか。◆ また、各職種（職員）が参加できるよう配慮しているか。	いる	いない																																																																						
		いる	いない																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">種別</th> <th rowspan="2">回数</th> <th colspan="9">参加人員</th> <th rowspan="2">記録の有無</th> </tr> <tr> <th>総数</th> <th>施設長</th> <th>指導員 相談員</th> <th>介護 職員</th> <th>看護 職員</th> <th>栄養士</th> <th>調理員</th> <th>事務</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>県社協主催</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>全社協主催</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>施設見学</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	種別	回数	参加人員									記録の有無	総数	施設長	指導員 相談員	介護 職員	看護 職員	栄養士	調理員	事務	その他	県社協主催												全社協主催												施設見学												その他														
種別	回数			参加人員										記録の有無																																																											
		総数	施設長	指導員 相談員	介護 職員	看護 職員	栄養士	調理員	事務	その他																																																															
県社協主催																																																																									
全社協主催																																																																									
施設見学																																																																									
その他																																																																									
	11 職場内において、活発に研修活動を行っているか。◆ [職場内研修の実施状況] (前年度又は直近1年間)	いる	いない																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">研修名</th> <th rowspan="2">実施 年月日</th> <th rowspan="2">参加者延人員 (人)</th> <th rowspan="2">記録の 有無</th> <th colspan="2">講師</th> </tr> <tr> <th>職場内(人)</th> <th>職場外(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修名	実施 年月日	参加者延人員 (人)	記録の 有無	講師		職場内(人)	職場外(人)																																																																
研修名	実施 年月日					参加者延人員 (人)	記録の 有無	講師																																																																	
		職場内(人)	職場外(人)																																																																						

確認項目	確認事項 (◆: 標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書				
	<p>[新任者研修の実施状況]</p> <div data-bbox="304 220 1563 363" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">研修カリキュラムの概要</div> <p>[認知症研修の実施状況]</p> <div data-bbox="304 395 1563 499" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">研修概要</div> <p>12 入所者に対する処遇に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない職員に対して、認知症介護基礎研修を受講させる取組を行っているか。※◆</p> <div data-bbox="304 603 1563 715" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">受講させるために取り組んでいる内容を具体的に記入</div> <p>13 介護福祉士等の資格取得への配慮がなされているか。◆</p> <div data-bbox="304 778 1563 890" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">資格取得のために配慮している内容を具体的に記入</div>	<p>いる</p> <p>いない</p> <p>いる</p> <p>いない</p>	<p>いる</p> <p>いない</p> <p>いる</p> <p>いない</p>	<p>※R3.4.1～R6.3.31の経過措置期間中は努力義務。新規採用者は採用後1年間は猶予期間。</p> <p>・基準省令第23条 ・解釈通知第5-9</p> <p>※パワーハラスメント防止に関する措置義務は、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金5,000万円以下又は従業員100人以下）は、R4.4.1から義務化。</p>	<p>標準確認文書</p> <p>・ハラスメント防止に関する方針、マニュアル ・対応記録</p>				
<p>03 職場におけるハラスメントの防止</p>	<p>14 職場におけるハラスメントの防止のために事業者が講ずる措置※◆</p> <p>(1) 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、職員に周知・啓発しているか。また、ハラスメントの範囲にパワハラ・セクハラの内いずれも含めているか。</p> <div data-bbox="353 1058 1059 1201" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>[方針の明確化の方法]</p> <p>[周知・啓発の方法]</p> </div> <p>(2) 相談・苦情に対応する担当者・窓口を定め、職員に周知しているか。</p> <div data-bbox="353 1233 1059 1299" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当者職種</td> <td style="width: 50%;">担当者氏名</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </div>	担当者職種	担当者氏名			<p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p>	<p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p>	<p>・基準省令第23条 ・解釈通知第5-9</p> <p>※パワーハラスメント防止に関する措置義務は、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金5,000万円以下又は従業員100人以下）は、R4.4.1から義務化。</p>	<p>・ハラスメント防止に関する方針、マニュアル ・対応記録</p>
担当者職種	担当者氏名								

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
	(3) 入所者・家族等からのカスタマーハラスメントを防止するための取組を行っているか。（被害者への配慮，マニュアルの作成，研修等） [取組の内容]	いる	いない		
第3 構造設備					
01 一般原則◆	15 居室等の清掃，保温，換気，採光等の衛生環境に配慮しているか。 (1) どのように汚物の処理をしているか。（保管，搬出経路等） [] (2) 避難経路は確保されているか。	いる	いない	・基準省令第3条 ・解釈通知第1-2	
	16 設備は当該施設の専用となっているか。 共用となっている設備がある場合，その内容 []	いる	いない	・基準省令第4条 ・解釈通知第1-3	・平面図等

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書																																																																																																											
02 設備◆	<p>17 目的に沿った仕様となっているか。◆ 【設備の状況】(該当している場合に○, 又は () には必要事項を記載)</p> <table border="1" data-bbox="309 252 1059 1295"> <tr> <td colspan="4" data-bbox="309 252 1059 284">居室</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 284 1014 323">床面積の1/14以上が外気に解放されている。</td> <td data-bbox="1014 284 1059 323"></td> <td data-bbox="1014 284 1059 323"></td> <td data-bbox="1014 284 1059 323"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 323 1014 363">収納設備がある。</td> <td data-bbox="1014 323 1059 363"></td> <td data-bbox="1014 323 1059 363"></td> <td data-bbox="1014 323 1059 363"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 363 1014 403">ナースコールがある。</td> <td data-bbox="1014 363 1059 403"></td> <td data-bbox="1014 363 1059 403"></td> <td data-bbox="1014 363 1059 403"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 403 1014 459">プライバシーへの配慮 (内容)</td> <td data-bbox="1014 403 1059 459"></td> <td data-bbox="1014 403 1059 459"></td> <td data-bbox="1014 403 1059 459"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="309 459 1059 491">静養室</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 491 1014 531">介護職員室又は看護職員室に近接している。</td> <td data-bbox="1014 491 1059 531"></td> <td data-bbox="1014 491 1059 531"></td> <td data-bbox="1014 491 1059 531"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 531 1014 571">1以上の出入口は空地, 廊下又は広間に面している。</td> <td data-bbox="1014 531 1059 571"></td> <td data-bbox="1014 531 1059 571"></td> <td data-bbox="1014 531 1059 571"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 571 1014 611">床面積の1/14以上が外気に解放されている。</td> <td data-bbox="1014 571 1059 611"></td> <td data-bbox="1014 571 1059 611"></td> <td data-bbox="1014 571 1059 611"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 611 1014 651">収納設備がある。</td> <td data-bbox="1014 611 1059 651"></td> <td data-bbox="1014 611 1059 651"></td> <td data-bbox="1014 611 1059 651"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 651 1014 691">ナースコールがある。</td> <td data-bbox="1014 651 1059 691"></td> <td data-bbox="1014 651 1059 691"></td> <td data-bbox="1014 651 1059 691"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="309 691 1059 722">浴室</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 722 1014 762">一般浴</td> <td data-bbox="533 722 947 762">カ所 (うちリフト付き</td> <td data-bbox="880 722 1014 762">カ所)</td> <td data-bbox="1014 722 1059 762"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 762 1014 802">個浴</td> <td data-bbox="533 762 947 802">カ所 (うちリフト付き</td> <td data-bbox="880 762 1014 802">カ所)</td> <td data-bbox="1014 762 1059 802"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 802 1014 842">機械浴</td> <td data-bbox="533 802 947 842">カ所 (座浴</td> <td data-bbox="701 802 947 842">カ所, 臥浴</td> <td data-bbox="880 802 1014 842">カ所)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 842 1014 898">プライバシーへの配慮 (内容)</td> <td data-bbox="1014 842 1059 898"></td> <td data-bbox="1014 842 1059 898"></td> <td data-bbox="1014 842 1059 898"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="309 898 1059 930">洗面設備</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 930 1014 970">居室の近く及び食堂にある。</td> <td data-bbox="1014 930 1059 970"></td> <td data-bbox="1014 930 1059 970"></td> <td data-bbox="1014 930 1059 970"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 970 1014 1010">高さが適切である。 (cm)</td> <td data-bbox="1014 970 1059 1010"></td> <td data-bbox="1014 970 1059 1010"></td> <td data-bbox="1014 970 1059 1010"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1010 1014 1050">鏡の高さが適切である。 (cm)</td> <td data-bbox="1014 1010 1059 1050"></td> <td data-bbox="1014 1010 1059 1050"></td> <td data-bbox="1014 1010 1059 1050"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="309 1050 1059 1082">便所</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1082 1014 1121">居室に近接している。</td> <td data-bbox="1014 1082 1059 1121"></td> <td data-bbox="1014 1082 1059 1121"></td> <td data-bbox="1014 1082 1059 1121"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1121 1014 1161">ナースコールがある。</td> <td data-bbox="1014 1121 1059 1161"></td> <td data-bbox="1014 1121 1059 1161"></td> <td data-bbox="1014 1121 1059 1161"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1161 1014 1217">プライバシーへの配慮 (内容)</td> <td data-bbox="1014 1161 1059 1217"></td> <td data-bbox="1014 1161 1059 1217"></td> <td data-bbox="1014 1161 1059 1217"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1217 1014 1257">便器の高さが適切である。 (cm)</td> <td data-bbox="1014 1217 1059 1257"></td> <td data-bbox="1014 1217 1059 1257"></td> <td data-bbox="1014 1217 1059 1257"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1257 1014 1297">手すりが設置されている。 (cm)</td> <td data-bbox="1014 1257 1059 1297"></td> <td data-bbox="1014 1257 1059 1297"></td> <td data-bbox="1014 1257 1059 1297"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1297 1014 1337">便器数と入所者数の比率 (:)</td> <td data-bbox="1014 1297 1059 1337"></td> <td data-bbox="1014 1297 1059 1337"></td> <td data-bbox="1014 1297 1059 1337"></td> </tr> </table>	居室				床面積の1/14以上が外気に解放されている。				収納設備がある。				ナースコールがある。				プライバシーへの配慮 (内容)				静養室				介護職員室又は看護職員室に近接している。				1以上の出入口は空地, 廊下又は広間に面している。				床面積の1/14以上が外気に解放されている。				収納設備がある。				ナースコールがある。				浴室				一般浴	カ所 (うちリフト付き	カ所)		個浴	カ所 (うちリフト付き	カ所)		機械浴	カ所 (座浴	カ所, 臥浴	カ所)	プライバシーへの配慮 (内容)				洗面設備				居室の近く及び食堂にある。				高さが適切である。 (cm)				鏡の高さが適切である。 (cm)				便所				居室に近接している。				ナースコールがある。				プライバシーへの配慮 (内容)				便器の高さが適切である。 (cm)				手すりが設置されている。 (cm)				便器数と入所者数の比率 (:)				<p>いる いない</p>	<p>・基準省令第11条 ・解釈通知第2</p>	<p>・平面図 ・居室割表 ・入居者に関する書類</p>
居室																																																																																																																
床面積の1/14以上が外気に解放されている。																																																																																																																
収納設備がある。																																																																																																																
ナースコールがある。																																																																																																																
プライバシーへの配慮 (内容)																																																																																																																
静養室																																																																																																																
介護職員室又は看護職員室に近接している。																																																																																																																
1以上の出入口は空地, 廊下又は広間に面している。																																																																																																																
床面積の1/14以上が外気に解放されている。																																																																																																																
収納設備がある。																																																																																																																
ナースコールがある。																																																																																																																
浴室																																																																																																																
一般浴	カ所 (うちリフト付き	カ所)																																																																																																														
個浴	カ所 (うちリフト付き	カ所)																																																																																																														
機械浴	カ所 (座浴	カ所, 臥浴	カ所)																																																																																																													
プライバシーへの配慮 (内容)																																																																																																																
洗面設備																																																																																																																
居室の近く及び食堂にある。																																																																																																																
高さが適切である。 (cm)																																																																																																																
鏡の高さが適切である。 (cm)																																																																																																																
便所																																																																																																																
居室に近接している。																																																																																																																
ナースコールがある。																																																																																																																
プライバシーへの配慮 (内容)																																																																																																																
便器の高さが適切である。 (cm)																																																																																																																
手すりが設置されている。 (cm)																																																																																																																
便器数と入所者数の比率 (:)																																																																																																																

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果	根拠法令等	標準確認文書																																																														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">医務室</td> </tr> <tr> <td>診療所である。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医薬品, 医療機器が備えられている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適切な保管体制がとられている, 整理整頓されている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護・看護記録の保管場所 (内容:)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護用品の保管場所 (内容:)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">調理室</td> </tr> <tr> <td>食器, 調理器具等を消毒する設備がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>食器, 食品等を清潔に保管する設備がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>防虫, 防鼠の設備がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>火気を使用する部分が不燃材料である。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適切な衛生管理がされている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">食堂及び機能訓練室</td> </tr> <tr> <td>3㎡/人以上である。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>外の景色, 陽の光, 風等から季節の移ろいを感じられる。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一般家庭のような飾り付けに配慮している。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務用資料が入居者の目につく場所に掲示されていない。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>飾り付けの高さが入居者の目線に合わせてある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>椅子やテーブルを入居者の高さに合わせている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>食べる場所とくつろぐ場所がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>服薬に関する情報を職員が共有している。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>面談室が確保されている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗濯室が確保されている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">汚物処理室</td> </tr> <tr> <td>適切に換気, 衛生管理がなされている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>給食動線と重複しないよう配慮している。</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">廊下</td> </tr> <tr> <td>片廊下1.35m以上, 中廊下1.8m以上である。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>廊下, 便所その他必要な場所に常夜灯がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>廊下, 階段に手すりがある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施錠された柵等が設けられていない。</td> <td></td> </tr> </table>	医務室		診療所である。		医薬品, 医療機器が備えられている。		適切な保管体制がとられている, 整理整頓されている。		介護・看護記録の保管場所 (内容:)		介護用品の保管場所 (内容:)		調理室		食器, 調理器具等を消毒する設備がある。		食器, 食品等を清潔に保管する設備がある。		防虫, 防鼠の設備がある。		火気を使用する部分が不燃材料である。		適切な衛生管理がされている。		食堂及び機能訓練室		3㎡/人以上である。		外の景色, 陽の光, 風等から季節の移ろいを感じられる。		一般家庭のような飾り付けに配慮している。		業務用資料が入居者の目につく場所に掲示されていない。		飾り付けの高さが入居者の目線に合わせてある。		椅子やテーブルを入居者の高さに合わせている。		食べる場所とくつろぐ場所がある。		服薬に関する情報を職員が共有している。		面談室が確保されている。		洗濯室が確保されている。		汚物処理室		適切に換気, 衛生管理がなされている。		給食動線と重複しないよう配慮している。		廊下		片廊下1.35m以上, 中廊下1.8m以上である。		廊下, 便所その他必要な場所に常夜灯がある。		廊下, 階段に手すりがある。		施錠された柵等が設けられていない。				
医務室																																																																		
診療所である。																																																																		
医薬品, 医療機器が備えられている。																																																																		
適切な保管体制がとられている, 整理整頓されている。																																																																		
介護・看護記録の保管場所 (内容:)																																																																		
介護用品の保管場所 (内容:)																																																																		
調理室																																																																		
食器, 調理器具等を消毒する設備がある。																																																																		
食器, 食品等を清潔に保管する設備がある。																																																																		
防虫, 防鼠の設備がある。																																																																		
火気を使用する部分が不燃材料である。																																																																		
適切な衛生管理がされている。																																																																		
食堂及び機能訓練室																																																																		
3㎡/人以上である。																																																																		
外の景色, 陽の光, 風等から季節の移ろいを感じられる。																																																																		
一般家庭のような飾り付けに配慮している。																																																																		
業務用資料が入居者の目につく場所に掲示されていない。																																																																		
飾り付けの高さが入居者の目線に合わせてある。																																																																		
椅子やテーブルを入居者の高さに合わせている。																																																																		
食べる場所とくつろぐ場所がある。																																																																		
服薬に関する情報を職員が共有している。																																																																		
面談室が確保されている。																																																																		
洗濯室が確保されている。																																																																		
汚物処理室																																																																		
適切に換気, 衛生管理がなされている。																																																																		
給食動線と重複しないよう配慮している。																																																																		
廊下																																																																		
片廊下1.35m以上, 中廊下1.8m以上である。																																																																		
廊下, 便所その他必要な場所に常夜灯がある。																																																																		
廊下, 階段に手すりがある。																																																																		
施錠された柵等が設けられていない。																																																																		

確認項目	確認事項 (◆：標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
第4 運営規程					
01 運営規程◆	18 運営規程に、以下の重要事項を定めているか。◆ (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) 入所者に対する処遇の内容 (5) 施設の利用に当たっての留意事項 (6) 非常災害対策 (7) 虐待の防止のための措置に関する事項 (8) その他施設の運営に関する重要事項	いる	いない	・基準省令第7条 ・解釈通知第1-6 ※従業員の員数は、基準を満たす範囲内で「〇人以上」と記載しても差し支えない	・運営規程
第5 入退所					
01 要介護認定の申請に係る援助	19 要介護認定の申請に係る適切な援助 (1) 要介護認定を受けていない場合は説明を行い、必要な援助(※)を行っているか。 (2) 更新の申請は、有効期間満了の60日前から遅くとも30日前にはなされるよう必要に応じて援助しているか。	いる	いない	・基準省令第19条 ・解釈通知第5-6 (※)必要な援助とは： ・要介護認定を受けていない場合には、既に申請が行われているか否かを確認する。 ・入所申込者の意思を踏まえて代行申請を行うか、申請を促す。	・入所者に関する書類
02 入退所	20 適切な入退所 (1) 入所に際しては、入所者の心身の状況、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。◆ (2) 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅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、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等と協議し検討しているか。◆ (3) 居宅での介護が可能と判断される場合、入所者及びその家族等の希望、退所後の環境等を勘案し、円滑な退所のため必要な援助を行っているか。 また、安易に施設側の理由により退所を促していないか。 (4) 入所者の退所に際しては、保健医療サービス、福祉サービス、その他サービス提供者等との連携は適切に行われているか。 [連携の内容]	いる	いない	・基準省令第14条 ・解釈通知第5-1	・入所者に関する書類

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
	(5) 入所者の退所後も、必要に応じ、入所者及びその家族等し相談援助を行っているか。 <契約入所を行っている場合> (6) サービスの提供の開始に際し、入所者又はその家族に対し、運営規程の概要、職員体制、重要事項説明書等の文書を交付するとともに十分な説明を行っているか。 (7) 契約において、入所者の権利を不当に狭めるような条件を定めていないか。	いる	いない	・ 県通知R1.9.19高対第605-1号「養護老人ホームにおける契約入所及び地域における公益的な取組の促進について」	
		いる	いない		
		いない	いる		
第6 記録の整備					
01 記録の整備 ◆	21 諸記録は適正に整備されているか。 (1) 職員、設備及び会計に関する諸記録を整備しているか。 (2) 入所者に対する施設処遇の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完了の日から2年間保存しているか。 ・ 処遇計画 ・ 提供した具体的な処遇の内容等の記録 ・ 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 ・ 苦情の内容等の記録 ・ 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	いる	いない	・ 基準省令第9条、第31条 ・ 解釈通知第1-8、第6 ※書面により作成・保存するものは、電磁的記録によっても行うことができる。	・ 各種記録
		いる	いない		
第7 処遇の方針					
01 身体的拘束等の適正化	22 身体的拘束等の適正化◆ (1) 身体的拘束等の適正化 ア 身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行っていないか。 身体的拘束等を受けている入所者 人 イ 職員は、身体的拘束等が、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の緊急避難であることを理解しているか。 ウ やむを得ず身体的拘束等を行った場合に、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。 また、当該記録を身体的拘束等の適正化に活用しているか。	いない	いる	・ 基準省令第16条 ・ 解釈通知第5-3 ・ 国通知13.4.6老発155「身体拘束ゼロへの手引き」	・ 身体的拘束等適正化指針 ・ 適正化委員会名簿 ・ 委員会議事録 ・ 入所者の記録 ・ 家族への確認書 ・ 研修記録
		いる	いない		
		いる	いない		
		いる	いない		

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
第8 処遇計画					
01 処遇計画の作成◆	23 管理者は、処遇計画に関する業務を介護支援専門員に担当させているか。	いる	いない	・ 基準省令第15条, 第18条 ・ 解釈通知第5-5	・ 処遇計画（入所者・家族の署名） ・ アセスメントシート ・ モニタリングシート ・ サービス提供記録
	24 どのように処遇計画を策定しているか。 具体的な策定手順を記入				
	25 処遇計画の原案作成に当たっては、①入所者及び家族の希望、②入所者の心身の状況環境を把握した上で作成されているか。◆	いる	いない		
	26 処遇計画の原案の作成に当たっては、多職種連携の会議を開催しているか。 参加者	いる	いない		
	27 処遇計画の原案の内容について、介護支援専門員が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。◆	いる	いない		
	28 処遇計画を作成した際には、当該計画を入所者に遅滞なく交付しているか。	いる	いない		
	29 入所後の処遇計画の作成時期 入所 _____ 週間後				

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
02 処遇計画の変更◆	30 どのような時に処遇計画の変更を行っているか。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				<ul style="list-style-type: none"> ・処遇計画 (入所者・家族の署名) ・アセスメントシート ・モニタリングシート ・処遇記録
	31 処遇計画の実施状況の把握はどのようになっているか。◆ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				
	32 達成状況に基づき、新たな処遇に関する計画が立てられているか。◆				
第9 処遇					
01 処遇一般	33 処遇計画のサービスの目標・提供内容、入所者の情報を職員間で共有し、適切な介護サービスの提供を行っているか。	いる	いない	<ul style="list-style-type: none"> ・基準省令第16条, 第18条 ・解釈通知第5-3, 第5-5 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・業務日誌
	34 入所者の残存機能の維持向上を図るため、介護サービスを提供する際に工夫を行っているか。	いる	いない		
	35 日常生活の適切な介護				
	(1) 寝たきり防止のためのリハビリテーションを行っているか。	いる	いない		
	(2) 食堂での食事、トイレ誘導、車椅子・歩行器の活用、着替え、散歩等、寝食分離に努めているか。	いる	いない		
(3) 日中は寝間着から日常着に着替えるようにしているか。	いる	いない			
(4) 寝具、衣服類は清潔に保たれているか。	いる	いない			
02 処遇の具体的な内容の記	36 処遇に関する計画にある目標を達成するための具体的な処遇内容が記載されているか。	いる	いない	<ul style="list-style-type: none"> ・基準省令第15条 ・解釈通知第5-2 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・処遇に関する記録 ・業務日誌 ・モニタリングシート
	37 具体的な処遇内容を適切に記録するとともに、入所者の日々の生活、心身の状況等がわかるように具体的に記録しているか。	いる	いない		
	38 介護・看護記録、入所者の生活記録を、介護の質の向上に役立てているか。	いる	いない		

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書	
03 食事	39 食事内容について、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しているか。	いる	いない	・基準省令第17条 ・解釈通知第5-4	・処遇内容記録 ・嗜好調査結果記録 ・残食調査結果記録 ・献立表 ・給食日誌 ・入所者個人表（ADLなど食事に係る能力が記録されているもの。） ・給食会議記録	
	40 事前に献立表を作成し、これに基づき調理しているか。	いる	いない			
	41 入所者個々人の心身の状況・嗜好に応じた適切な栄養量、内容の給食の提供 (1) 嗜好調査、残食調査、検食及び栄養食事相談を実施（記録）し、食事に対する入所者の希望を献立に反映しているか。	いる	いない			
	(2) 咀嚼能力、健康状態等に合わせた調理になっているか。 （一般食、ソフト食、ムース食、きざみ食、栄養補給食等）	いる	いない			
	(3) 適切な栄養量になっているか。	いる	いない			
	(4) 茶碗や湯飲みは、入居者個々人に適した大きさのものを使用しているか。	いる	いない			
	42 適切な食事の提供	いる	いない			
	(1) 食事の時間は、一般家庭生活に近いものとなっているか。	いる	いない			※食事の時間は、入居者個人の生活のリズムに合わせることが望ましい。 食事の時間帯を設定せざるをえない場合は、特に夕食の時間については、午後6時以降が望ましいが、早くても午後5時以降であることが必要である。
	(2) 適温給食について配慮しているか。	いる	いない			
	(3) 入所者がくつろいで食事ができるよう配慮がなされているか。 また、可能な限り離床して食事を採ることを支援しているか。 ・食事の場所〔居室 人（うちベッド 人）〕	いる	いない			
	(4) 入所者が食事する際に適切な姿勢を保持できるよう配慮しているか。 また、車椅子から椅子への移乗にも配慮しているか。	いる	いない			
	(5) 食事介助者は、座って介助しているか。	いる	いない			
	(6) 食事介助の人員は適切に配置しているか。	いる	いない			
	43 入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲等を食事に反映させるため、介護・看護部門と食事関係部門との連携を図っているか。	いる	いない			
44 給食業務を委託している場合、食事サービスの質を確保するため、栄養管理や施設等管理、衛生管理など施設長が業務遂行上必要な注意を果たしうる体制と契約内容となっているか。	いる	いない				

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
04 入浴◆	45 入所者の入浴は適切に行われているか。◆ (1) 入浴又は清しきは1週間に少なくとも2回以上行なっているか。 (2) 入浴の時間帯には、どのように配慮しているか。 ※時間帯も具体的に記入	いる	いない	・基準省令第18条 ・解釈通知第5-5 ※感染症対策の観点から、入所者の状態に応じて、マスクや厚手の手袋等を装着し、介助を行うことは妨げない。	・処遇内容記録 ・入所者の入浴記録表 ・介護、看護記録 等
	(3) 次回の入浴までの間に、必要に応じて清しき等を行っているか。 (4) 身体状態に応じた適切な入浴方法をとっているか。 (5) 入浴に当たり入居者のプライバシーに配慮しているか。 ① 男女別としているか。 ② 同性介助の希望がある場合、配慮しているか。 ③ 脱衣所や浴室でのプライバシーに配慮しているか。 (6) 入浴が困難な場合には、清しきを実施するなど、入所者の清潔に努めているか。 (7) 衣服の着脱時や脱衣の状態における入所者への配慮がなされているか。 (8) 浴室は清潔に保たれているか。 (9) 脱衣場の保温に努めているか。 (10) 入浴介助に当たり、職員が長靴、エプロン、手袋等を着用していないか。	いる いる いる いる いる いる いる いる いる いない	いない いない いない いない いない いない いない いない いる		
	46 看護職員は入浴に当たっての健康状態や皮膚の状態のチェックを行っているか。 【チェック項目】	いる	いない		
第10 社会生活上の便宜の供与等					
01 レクリエーション	47 教養娯楽設備等を備えているか。	いる	いない	・基準省令第18条 ・解釈通知第5-5	
	48 レクリエーション行事の適切な実施 (1) 入所者の身体的、精神的、性別、嗜好等を考慮したレクリエーションプログラムを実施しているか。 (2) 入所者の希望をプログラムに反映させているか。	いる いる	いない いない		

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
02 代行	49 代行的適切な取扱い (1) 郵便、証明書等の交付申請手続き等、必要に応じた代进行を原則として、その都度同意を得て実施しているか。 (2) 金銭に係るものは、事前に書面等により同意を得ているか。また、代行後はその都度確認を得ているか。	いる	いない	同上	
03 家族との連携	50 家族との適切な連携 (1) 入所者の家族との連携をとっているか。 (2) 面会について、場所や時間など利便に配慮しつつ、入所者とその家族等との交流が図れるよう対応しているか。 (3) 長期にわたって家族の面会がない場合の家族への働きかけの内容	いる	いない	同上	
04 外出機会の確保	51 入所者の外出の機会の確保 (1) 入所者の外出について、不必要に制限することなく、その機会を確保しているか。	いる	いない	同上	
第11 健康管理					
01 医師の勤務	52 医師の勤務状況（勤務形態・勤務内容）について、施設運営に支障がないか。また、嘱託医契約は、勤務日時、手当額等を明確にした契約書により締結しているか。	ない	ある	・基準省令第12条 ・解釈通知第3	
02 健康診断等	53 個々の入所者の身体状態・症状等に応じて医師又は看護職員による健康保持のための適切な措置が採られているか。	いる	いない	・基準省令第20条 ・解釈通知第5-7	
	54 看護師は、入所者の健康状態について、介護職員等に情報を提供するとともに、介護の方法についても必要な助言を行っているか。	いる	いない		
	55 医師は、その行った健康管理に関し、入所者の健康手帳に記載しているか。（健康手帳を有しない場合を除く。）	いる	いない		
	56 入所者の健康診断等 (1) 健康診断を実施しているか。 (2) 精密検査が必要な場合、検査を実施しているか。 (3) 健康診断の記録を保存しているか。	いる	いない		

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書												
	(4) 医師が関与しているか。 (5) 年2回以上実施しているか。 57 看護記録等に入院、通院治療の状況について記録し、入所者の健康管理の状況を把握しているか。 また、入所者の外部への通院時の介添え、入所者の入院時の付添いについて配慮がなされているか。 58 夜間及び緊急時に対応する体制の整備 (1) 入院・通院を要する入所者のための協力病院を定めているか。 (2) 必要な診療科目は確保されているか。(歯科を含む) (3) 協力病院は、近距離となっているか。 [協力病院名] <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">診 療 科 目</th> <th style="width:45%;">病 院 名</th> <th style="width:30%;">協力病院との距離</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> </tbody> </table>	診 療 科 目	病 院 名	協力病院との距離										いる いる いる いる いる いる いる いる	いない いない いない いない いない いない いない いない	・基準省令第25条 ・解釈通知第5-11	
診 療 科 目	病 院 名	協力病院との距離															
03 入所者の入院中の取扱	59 入院中の適切な取扱い◆ (1) 退院予定時期について入院先の主治医に確認等をしているか。 (2) 入院後概ね3ヶ月以内に退院することが見込まれる場合、円滑に再入所できるようにしているか。	いる いる	いない いない		・処遇内容記録 ・入院者の名簿 ・業務日誌												
第12 衛生管理等																	
01 衛生管理一般	60 適切な衛生管理等 (1) 入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水の衛生的管理をしているか。 (2) 医薬品、医療用具の管理は適正に行われているか。 (3) 感染症が発生、まん延しないよう必要な措置を講じているか(手指消毒剤の配置等)。◆ (4) 健康福祉センター(保健所)に必要な応じて助言指導を求めたり、密接な連携を保っているか。◆	いる いる いる いる	いない いない いない いない	・基準省令第24条 ・解釈通知第5-10	・委員会記録 ・感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指 ・研修・訓練記録												

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
	<p>(5) 緊急時の対応マニュアルを作成しているか。 また、マニュアルは職員がすぐに利用できる場所に保管されているか。 (保管場所)</p> <p>(6) 感染症に罹患した者の受け入れを、正当な理由なしに拒否していないか。 ア 「正当な理由」が何かを職員が知っているか。 イ 感染症等に罹患した者が入所する場合、感染対策担当者が職員に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知しているか。</p> <p>(7) 職員の日々の感染罹患状況や健康状態を確認しているか。</p> <p>62 腸管出血性大腸菌（O157等）感染症、インフルエンザ様疾患、A型肝炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、結核、SRSV（小型球形ウイルス）、疥癬等感染症等に対する予防対策は適切に行われているか。 (1) 職員研修などを通じて、全職員に予防対策について徹底されているか。 (2) 感染症対策（保菌者、感染者及び発症者）に対する対応</p> <p>(3) 嘱託医及び保健所との連携</p>	<p>いる</p> <p>いる</p> <p>いない</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p>	<p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p>		
63	<p>感染性胃腸炎（ノロウイルス）及び腸管出血性大腸菌（O157）対策の適切な実施 (1) 予防対策 ア 食品の喫食 食品の喫食にあたり洗浄や加熱を十分に行うよう注意しているか。 イ 手の洗浄の徹底 手の洗浄は食品取扱時に限らず、患者のおむつ交換等の作業終了後についても手の洗浄を徹底しているか。</p>	<p>いる</p> <p>いる</p>	<p>いない</p> <p>いない</p>	<p>・国通知H17.1.10老0110001 「高齢者施設における感染性胃腸炎の発生・まん延防止策の徹底について」 ・高齢者介護施設における感染対策マニュアル</p>	

確認項目	確認事項(◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
	<p>ウ 調理器具等の殺菌 特にノロウイルスについては、調理器具等の殺菌は次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度200ppm）や熱湯（85度以上）で1分以上の加熱による殺菌を行っているか。</p> <p>エ 患者の排泄物やおう吐物の処理 排泄物やおう吐物を処理する際には、それにより汚染された床や手袋などの感染源となるものについても殺菌の処理を行っているか。</p> <p>(2) 衛生管理体制</p> <p>ア 職員研修などを通じて、全職員に感染予防への意識付けが徹底されているか。</p> <p>イ 施設内感染対策委員会の活用などにより、衛生管理体制等について常に見直しを行っているか。</p> <p>ウ 管理者及び医師等は、保健所へ報告すべき感染症を把握しているか。また、報告する判断基準を了知しているか。</p>	いる	いない		
03 給食施設の管理	<p>64 給食施設に係る保健所への報告は、年2回、適切に行われているか。</p> <p>ア 特定給食施設（1回100食以上又は1日250食以上）の場合 →給食実施状況報告書</p> <p>イ その他の給食施設（1回50食以上100食未満又は1日100食以上250食未満）の場合 →その他の給食実施状況報告書</p> <p>65 保存食の適切な保存</p> <p>(1) -20℃以下で2週間以上保存しているか。</p> <p>(2) 主食や汁物及び原材料等すべての給食物について一品50g以上を保存しているか。</p> <p>66 食品の衛生的な管理</p> <p>(1) 冷蔵庫に食品以外の物や私物を入れないようにし、清潔が保たれているか。</p> <p>(2) 前日に調理したものを供給していないか。</p>	いる	いない	<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進法第24条第1項 ・健康増進法施行細則第5条 ・栃木県特定給食施設等指導要綱第3条 ・栃木県特定給食施設等指導要綱第4条 ・国通知H9.3.24衛食85「大規模食中毒対策等について」別添（大量調理施設衛生管理マニュアル） 〔未実施〕・国通知H9.6.30衛食201「中小規模調 	
		いる	いない		
		いる いない	いない いる		

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書												
	67 調理室、施設設備、食器類の衛生的な管理 (1) 食器及び調理器具等の消毒は毎食後、有効な方法で行っているか。 (2) 調理室の清掃、補修、防虫は必要の都度行っているか。 (3) 調理員専用の便所及び手洗設備を整備し、清潔に保たれているか。 68 給食関係者の検便 (1) 給食関係者全員について、検便を毎月行っているか。 (2) 記録を整備しているか。 (3) 調理実習生（職業訓練を含む）についても行っているか。 69 調理業務を委託している場合、委託先において調理員の健康診断、検便は適切に実施されているか。	いる いる いる いる いる いる いる	いない いない いない いない いない いない いない														
第13 秘密保持等																	
01 秘密保持等◆	70 入所者の個人情報の適切な取扱い (1) 入所者のプライバシーに係る記録を適切に管理しているか。 (2) 秘密保持等のため、必要な措置を講じているか。◆（雇用契約、就業規則等） (3) 個人情報を用いる場合、入所者（家族）に適切な説明（利用の目的、配布される範囲等）がなされ、文書により同意を得ているか。◆ (4) 同意内容以外の事項まで情報提供していないか。	いる いる いる いない	いない いない いない いる	・基準省令第26条 ・解釈通知第5-12	・入所者（家族）の同意書録 ・職員の秘密保持誓約書（雇用契約書・就業規則）												
第14 福祉サービスの質の向上																	
01 苦情解決◆	71 福祉サービスに関する苦情解決への取組状況について (1) 苦情解決に関する規程を策定しているか。 (2) 第三者委員選任等の苦情解決体制を整備しているか。◆ <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>職種・職業</th> <th>氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>苦情受付担当者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>苦情解決責任者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第三者委員</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (3) 苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員名や連絡先、苦情対応のフロー図などについて、入所者又はその家族にサービス内容を説明する文書に記載するとともに、施設内に掲示するなど周知を行っているか。	区分	職種・職業	氏名	苦情受付担当者			苦情解決責任者			第三者委員			いる いる いる	いない いない いない	・社会福祉法第82条（社会福祉事業の経営者による苦情の解決） ・国通知H12.6.7障第452号、社援第1352号、老発第514号、児発第575号「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」	・苦情受付簿 ・苦情対応規程 ・苦情処理に関する記録
区分	職種・職業	氏名															
苦情受付担当者																	
苦情解決責任者																	
第三者委員																	

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書												
	(4) 苦情内容や解決を図った経緯などを記録し、保管しているか。◆ (5) 苦情解決の実績について、事業報告書や広報誌等に掲載し公表しているか。 (6) 受付簿(箱)を設置しているか。 (7) 市町村・国保連の調査への協力等 ア 市町村又は国保連の調査に適切に協力しているか。 イ 市町村又は国保連から指導又は助言を受けた場合に改善を行っているか。 ウ 求めがあった場合には、改善の内容を市町村又は国保連に報告しているか。 (8) 苦情・要望等受付件数(前年度) (件) (9) 苦情・要望をサービスの質の向上のため役立てているか。◆ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">[具体的方法]</div>	いる いる いる いる いる いる いる いる	いない いない いない いない いない いない いない いない														
第15 地域との連携																	
01 地域との連携	72 地域との連携・交流 (1) 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。 (2) 提供した施設サービスに関する入所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。	いる いる	いない いない	・基準省令第28条 ・解釈通知第5-14 ・連携・交流の内容例													
第16 事故発生時の対応																	
01 事故の発生又はその再発を防止するための措置◆	73 事故及びヒヤリ・ハットの発生状況 (1) 年間発生状況 <table border="1" data-bbox="353 1018 1059 1230"> <thead> <tr> <th></th> <th>事故件数</th> <th>うち、服薬に関する事故の件数</th> <th>ヒヤリ・ハット件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前年度</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>当該年度 (監査直近月まで)</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table> (2) 服薬に関する事故等の重大な特定の事故が多数又は続けて発生していないか。また、そのような事故が発生した際には、医師等の指示等を仰いだ上で適切に対応しているか。		事故件数	うち、服薬に関する事故の件数	ヒヤリ・ハット件数	前年度	件	件	件	当該年度 (監査直近月まで)	件	件	件	いない いる	いる いない	・基準省令第29条 ・解釈通知第5-15 ・国通知H26.10.1老高発1001第2号、老振発1001第1号、老老発1001第1号、薬食安発1001第3号 「老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について」	・事故発生防止のための指針 ・事故対応マニュアル ・市町、家族等への報告記録 ・再発防止策の検討の記録 ・事故報告書 ・ヒヤリ・ハット報告書 ・委員会議事録 ・研修記録 ・担当者の設置の記録(委員名簿)
	事故件数	うち、服薬に関する事故の件数	ヒヤリ・ハット件数														
前年度	件	件	件														
当該年度 (監査直近月まで)	件	件	件														

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
	74 事故発生の防止のための指針を策定しているか。◆ また、指針には必要な事項を定めているか。	いる	いない		
	75 事故やヒヤリ・ハット報告及びその分析を通じた改善策の職員への周知徹底◆ (1) 事故報告、ヒヤリ・ハット報告がされているか。 (2) 事例ごとにその状況、背景等を分析し、改善策を検討しているか。 (3) 検討した改善策について、職員に周知徹底しているか。	いる	いない		
	(周知の方法)				
	(4) 改善策を講じた後に、その効果について検証し、改善に役立っているか。	いる	いない		
	76 事故発生防止のための委員会 (1) 委員は幅広い職種から選定しているか。	いる	いない		
	[委員の職種]				
	(2) 委員会を定期的に開催しているか。	いる	いない		
	(直近の3回分の日付を記載) ・ 令和 年 月 日開催 ・ 令和 年 月 日開催 ・ 令和 年 月 日開催				
	77 事故発生防止のための職員に対する研修◆ (1) 指針に基づいた研修プログラムを作成しているか。	いる	いない		
	(2) 研修プログラムに基づき、定期的な教育を年2回以上開催しているか。	いる	いない		
前年度の開催月 月 今年度の開催（予定）月 月					
(3) 新規採用時に事故発生の防止のための研修を実施しているか。	いる	いない			
(4) 研修の実施内容を記録し、職員等に周知しているか。	いる	いない			
78 上記の措置を適切に行うための専任の安全対策担当者を配置しているか。◆ 担当者職種 担当者氏名	いる	いない			

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
02 事故発生時の対応◆	<p>79 事故発生時の対応マニュアルを作成しているか。◆ また、マニュアルは職員がすぐに利用できる場所に保管されているか。 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 5px 0;">(保管場所)</div> </p> <p>80 事故発生時の対応 (1) 事故が発生した場合、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡・報告を行っているか。◆ (2) 事故の状況（事故の背景を含む）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> <p>81 事故に関する損害賠償◆ (1) 賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行っているか。 (2) 速やかに損害賠償をするための対応をしているか（損害賠償保険に加入、賠償資力を確保している等）。</p>	<p>いる いる</p>	<p>いない いない</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・市町、家族等への報告記録 ・再発防止策の検討の記録（事故報告書） ・委員会議事録
第17 非常災害対策					
01 非常災害対策◆	<p>82 非常災害対策を実施しているか。 (1) 非常災害に備えるため、周辺地域の環境及び入所者の特性を踏まえ、具体的計画を策定しているか。◆ ア 消防計画 イ 震災、風水害等の災害に対処するための計画 (2) 関係機関への通報及び連携体制並びに入所者の円滑な避難誘導に必要な体制を整備しているか。 ア 緊急時の連絡網は用意されているか。◆ イ 防火管理に関する責任者を決めているか。◆ ウ 職員及び入所者は、消防機関への通報及び避難方法を知っているか。 エ 消防団や地域住民に、火災等の際に協力してもらえる体制となっているか。 (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。◆ ① 消防計画に基づく避難訓練（年2回以上） ② 消防計画に基づく消火訓練（年2回以上） ③ 災害対策計画に基づく自然災害を想定した訓練（年1回以上）</p>	<p>いる いる</p>	<p>いない いない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・基準省令第8条 ・基準条例第3条 ・解釈通知第1-7 	<ul style="list-style-type: none"> ・消防計画 ・非常災害対策計画 ・訓練の記録 ・通報連絡体制 ・消防署への届出 ・消防用設備の点検記録

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書					
	<p data-bbox="360 193 882 217">【震災、風水害等の災害を想定した訓練の実施状況】</p> <table border="1" data-bbox="353 220 1059 395"> <tr> <td data-bbox="353 220 577 252">直近の開催日</td> <td data-bbox="577 220 1059 252">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="353 252 1059 395">(想定した災害種別, 実施内容)</td> </tr> </table> <p data-bbox="309 400 1081 459">(4) (3)の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。</p> <table border="1" data-bbox="353 464 1059 608"> <tr> <td data-bbox="353 464 1059 608">(連携のための取組内容)</td> </tr> </table> <p data-bbox="309 612 792 636">(5) 訓練の結果を検証し、記録に残しているか。</p> <p data-bbox="309 641 1025 665">(6) (1)の計画を定期的に検証し、必要に応じて見直しを行っているか。</p> <p data-bbox="309 670 860 694">(7) 施設の所在地は以下のいずれかに該当しているか。</p> <ul data-bbox="331 708 972 842" style="list-style-type: none"> ・ 浸水想定区域（洪水浸水想定区域又は雨水出水浸水想定区域） 〔 <input type="checkbox"/> 区域内 <input type="checkbox"/> 区域外 <input type="checkbox"/> 不明 〕 ・ 土砂災害警戒区域 〔 <input type="checkbox"/> 区域内 <input type="checkbox"/> 区域外 <input type="checkbox"/> 不明 〕 <p data-bbox="309 847 1095 946">(8) (7)のいずれかの区域内に所在している場合、円滑かつ迅速な避難の確保を図るために必要な訓練等に関する計画（避難確保計画）を作成し、市町長に報告しているか。</p> <p data-bbox="309 951 1095 1050">(9) 避難確保計画に基づく訓練を実施しているか。また、訓練結果を市町長に報告しているか。 ・ 直近の訓練実施日 〔 ____年____月____日 〕</p>	直近の開催日	年 月 日	(想定した災害種別, 実施内容)		(連携のための取組内容)	<p data-bbox="1124 400 1169 424">いる</p> <p data-bbox="1124 612 1169 636">いる</p> <p data-bbox="1124 847 1169 871">いる</p> <p data-bbox="1124 951 1169 975">いる</p>	<p data-bbox="1200 400 1267 424">いない</p> <p data-bbox="1200 612 1267 636">いない</p> <p data-bbox="1200 847 1267 871">いない</p> <p data-bbox="1200 951 1267 975">いない</p>	<p data-bbox="1290 676 1771 1050"> ・ 水防法（昭和24年法律第193号）第15条の3第1項，第2項，第5項（要配慮者利用施設の利用者の避難の確保のための措置に関する計画の作成 ・ 土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の推進に関する法律（平成12年法律第57号）第8条の2第1項，第2項，第5項（要配慮者利用施設の利用者の避難の確保のための措置に関する計画の作成等） ※R3.5.10水防法等の一部改正に伴い，訓練を実施した場合は，市町長に対して，訓練結果を報告することが義務化 </p>	<p data-bbox="1794 676 1939 700">・ 避難確保計画</p>
直近の開催日	年 月 日									
(想定した災害種別, 実施内容)										
(連携のための取組内容)										

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
第19 虐待防止					
01 虐待の発生 又はその再 発を防止す るための措 置※◆	84 虐待の防止のための対策検討委員会◆ (1) 委員会を設置しているか。 (2) 委員は幅広い職種から選定しているか。 [委員の職種] (3) 委員会を定期的に開催しているか。 (直近の3回分の日付を記載) ・ 令和 年 月 日開催 ・ 令和 年 月 日開催 ・ 令和 年 月 日開催 (4) 委員会の検討内容を記録し、職員等に周知しているか。	いる	いない	・ 基準省令第30条 ・ 解釈通知第1-17 ・ 虐待防止法第5条, 第20条 ・ 虐待対応マニュアル P64 ※虐待の発生又はその再発を防止するための措置に係る義務付けの適用に当たっては、経過措置が設けられ、R3.4.1～R6.3.31の期間は努力義務。	・ 委員会開催記録 ・ 虐待防止のための指針 ・ 研修記録 ・ 担当者を設置したことがわかる文書
	85 虐待の防止のための指針を策定しているか。◆ また、指針には必要な事項を定めているか。	いる	いない		
	86 虐待の防止のための職員に対する研修◆ (1) 指針に基づいた研修プログラムを作成しているか。 (2) 研修プログラムに基づき、定期的な教育を年2回以上開催しているか。 今年度の開催(予定)月 月 (研修の実施内容)	いる	いない		
	(3) 新規採用時に虐待防止のための研修を実施しているか。	いる	いない		
	(4) 研修の実施内容を記録し、職員等に周知しているか。	いる	いない		
	(5) 管理者自らも虐待防止に関する研修を受講しているか。	いる	いない		
	87 上記の措置を適切に行うための担当者を配置しているか。◆ 担当者職種 担当者氏名	いる	いない		

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
02 虐待の早期発見	88 早期発見のための取り組みを行っているか。 [取組内容]	いる	いない	・虐待防止法第5条, 第20条 ・虐待対応マニュアル P 64	
	89 未然に防ぐための取り組みを行っているか。 [取組内容]	いる	いない		
	90 定期的に「虐待早期発見チェックシート」等を用いた調査を実施しているか。	いる	いない	・虐待防止法第5条, 第20条 ・虐待対応マニュアル P 24	
03 虐待防止マニュアルの整備等	91 施設として独自の虐待防止マニュアルを作成しているか。	いる	いない	・虐待防止法第5条, 第20条 ・虐待対応マニュアル P 64	
	92 マニュアルは定期的に見直しを行っているか。	いる	いない		
	93 施設の職員が、虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合の処置はどのようにしているか。 [処置内容]			・虐待防止法第21条 ・虐待対応マニュアル P 62～63	
	94 虐待を受けたと思われる入所者を職員が発見した場合の通報義務を職員に対し周知しているか。	いる	いない		
95 虐待行為又は疑わしい行為を通報したことを理由に、解雇やその他の不利益な取扱いを受けないことを職員に対し周知しているか。	いる	いない			

確認項目	確認事項 (◆:標準確認項目)	確認結果		根拠法令等	標準確認文書						
第20 金銭管理等											
01 措置費関係	96 措置に係る入所者で収入の無い者に対し、本人支給金を支給しているか。 ・支給状況（運営指導直近月の状況）	いる	いない	・国通知S62.1.31社老第10号「老人福祉法による被措置者が入院した場合における日用品の支弁について」	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の預金通帳 入院患者日用品費支給簿等 施設会計総勘定元帳（勘定科目：本人支給金） 施設会計預金通帳 小口現金出納帳 						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>対象人員</th> <th>支給人員</th> <th>1人当たり月額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>収入の無い入所者</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	対象人員			支給人員	1人当たり月額	収入の無い入所者	人	人	円
区分	対象人員	支給人員	1人当たり月額								
収入の無い入所者	人	人	円								
	97 措置に係る入所者の入院患者日用品費の適切な支給 (1) 入所者の入院中に支給されているか。 (2) 口座振込み等により現金で支給されているか。 (3) 現金引渡し方法をとっている場合、牽制体制がとられているか。 (4) 入院患者日用品費支給簿を整備しているか。	いる いる いる いる	いない いない いない いない								
02 預かり金	98 入所者からの預り金は、預り金の取扱い・管理に関する規程を整備し、その取扱い方法等について定めた上でやっているか。	いる	いない								
	99 入所者の預り金について、入所者全員から一律に施設で預かるのではなく、入所者又は家族からの依頼（委任状等）に基づき預かり、管理しているか。	いる	いない								
	100 入所者預り金の出納 (1) 収支は複数職員で行うなど牽制体制を確保しているか。 (2) 現金、通帳、印鑑等の保管責任者及び保管場所は別々となっているか。 (3) 個人別台帳等を作成・記録しているか。また、領収証等を保管しているか。	いる いる いる	いない いない いない								
	101 入所者預り金の収支状況は、施設長等が定期的（毎月）に点検しているか また、収支状況を定期的に入所者本人又は家族等に報告しているか。	いる いる	いない いない								
第21 措置権者(市町)との連携											
01 連携	103 措置権者と随時（措置入所前から措置解除後まで）連携をとることができるか。 [連携がとれない又は困難な具体例]	いる	いない								

確認項目	確認事項（◆：標準確認項目）	確認結果		根拠法令等	標準確認文書
第22 契約入所					
01 高齢者福祉圏域市町との協議	104 措置入所が必要な者に支障を及ぼさないよう配慮が必要であるため、施設が所在する高齢者福祉圏域の市町に対し、契約入所の範囲（定員の20%以内）を協議しているか。	いる	いない	・県通知R1.9.19高対第605-1号「養護老人ホームにおける契約入所及び地域における公益的な取組の促進について」	・入所者名簿 ・入所者に関する書類 ・契約書、重要事項説明書 ・請求書、領収書 ・市町との協議の記録
02 入所者数	105 養護老人ホームの定員の20%を超える人数を契約入所させていないか。 契約入所者 _____ 人	いない	いる		
03 利用料の受	106 利用料の受領は適切に行われているか。	いる	いない		
	107 敷金について (1) 敷金を徴収しているか。 (2) (1)で「いる」に○をつけた施設 _____ 金額 _____ 円	いる	いない		
	108 入所者の個別的な選択によるサービス利用料について (1) 家賃、敷金、管理費、食費、光熱水費以外に入所者の個別的な選択によるサービス費用を入所者から徴収しているか。 (2) 提供するサービスの内容、料金について、運営規程等で定め、契約書に記載しているか。 (3) (1)で「いる」に○をつけた施設は、どのようなサービスを提供し費用を徴収しているか。 例) 居室清掃、買い物代行、金銭・貯金管理	いる	いない		
	109 入所者の特性から不要と判断されるサービスについて、どのようなサービスの提供を省略しているか。 例) 外食する入所者には、食事の提供をしていない。 例) 入浴介助が不要な入所者については、入浴の記録を省略している。	いる	いない		

