

事業所名	事業所番号

大項目	中項目	小項目	確認事項	確認のための材料	記入上の留意点		
1 介護サービスの内容に関する事項	1 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置	1 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置	1 サービス提供契約前に、利用申込者又はその家族に対して、重要事項を記した文書の雛形の交付する仕組み又は公開する仕組みがある。	1 重要事項を記した文書の雛形の備え付けの状況又は公開の状況を確認できる。 [] 0.なし・1.あり	重要事項を記した文書、利用申込者や家族、利用希望者が、自由に見られるようにするため、利用申込者又はその家族に対して、重要事項を記した文書の雛形を交付する仕組み又は公開する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、いつでも渡せるよう重要事項を記した文書の雛形を備え付けていること、または、自由に閲覧できる状態(ホームページでの公開等)にしていることの有無を記載する。		
			2 利用申込者又はその家族からのサービス提供契約前の問合せ及び見学に対応する仕組みがある。	2 問合せ及び見学に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。 [] 0.なし・1.あり	利用申込者又は家族が、前もって事業所の内容等が確認できるよう、事前の問い合わせや見学の申し出に対し、適切に対応する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○問い合わせや見学に対応することを記載した文書(パンフレットやホームページ)の有無 ○問い合わせや見学等に対応した記録(見学記録や業務日誌等)の有無		
			3 体験入居を受け入れる仕組みがある。	4 体験入居に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。 [] 0.なし・1.あり	利用申込者等が、より具体的な入居のイメージを把握することができるよう、体験入居を受け入れる仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○体験入居に対応できることを記載した文書(パンフレット、ホームページ等)の有無 ○体験入居希望者を受け入れたことを記録した文書の有無		
			4 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。	6 重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 [] 0.なし・1.あり	重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始について利用申込者の同意を得ていることの有無を問う項目である。 その同意を得ていることが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印のある文書の有無を記載する。		
			5 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用申込者又はその家族、代理人、成年後見人等との契約を行っている又は立会人を求めている。 [] 事例なし	7 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用申込者又はその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことが分かる文書がある。 [] 0.なし・1.あり	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合には、成年後見人等を介して契約等を行っていることの有無を問う項目である。 その行為が確認できるものとして、後見人等が本人に代わって契約を行ったことを証する文書(契約書等)の有無を記載する。 後見人等の立ち会いを求めた場合は、そのことが確認できる文書の有無を記載する。		
			6 入居の受入基準、資格等があり、かつ、入居前に利用申込者に提示する仕組みがある。	8 入居の受入基準、資格等について、パンフレット又は契約書等に明記している。 [] 0.なし・1.あり	報告対象期間内に、判断能力に障害が見られるケースがなかった場合は、「事例なし」にチェックする。 利用申込者の理解を助けるため、入居の受け入れ基準・資格等を、前もって利用申込者等提示する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、受け入れ基準・資格等を記載した提示するための文書(パンフレット等)の有無を記載する。		
			7 事業所が退居を求める場合の基準について、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。	9 退居の基準が記載された契約書等に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 [] 0.なし・1.あり	退去の基準を明確に定め、利用者又は家族に対し説明し、同意を得ていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、退居の基準を記載した契約書等に、利用者又は家族の署名若しくは記名捺印があることの有無を記載する。		
		2 利用者に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	8 利用者及びその家族の希望、利用者の有する能力、その置かれている環境等を把握している。	10 利用者及びその家族の希望、利用者の有する能力、その置かれている環境等の記録がある。 [] 0.なし・1.あり	サービス提供に当たって、利用者及び家族の個別ニーズや心身の状況、環境等を把握していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、聴取内容及び観察結果を記録した文書の有無を記載する。		
				9 当該サービスに係る計画は、利用者及びその家族の希望を踏まえて作成している。	11 利用者及びその家族の希望が記入された当該サービスに係る計画又は当該サービスに係る計画の検討会議の記録がある。 [] 0.なし・1.あり	利用者及び家族の希望を踏まえて、特定施設サービス計画を作成していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、希望を記入した計画、または、希望について検討した会議等の記録の有無を記載する。 ※検討内容及び検討結果の記載があること。	
				10 当該サービスに係る計画には、サービスの目標を記載している。	12 当該サービスに係る計画に、サービスの目標の記載がある。 [] 0.なし・1.あり	作成した計画に、利用者ごとの目標を設定していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、計画に、利用者ごとに設定した目標を記載していることの有無を記載する。	
				11 当該サービスに係る計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。	13 当該サービスに係る計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 [] 0.なし・1.あり	サービス計画を作成するに当たって、計画の内容について利用者又は家族に対して説明し、同意を得ていることの有無を問う項目である。 その同意を得たことが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印のある文書の有無を記載する。	
					(その他)	[] 0.なし・1.あり	
					(その他)	[] 0.なし・1.あり	

4 成年後見制度等の活用 の支援のための取組の状 況	12 利用者の権利擁護のために、成年後見制 度及び日常生活自立支援事業の活用を推 進している。	14 成年後見制度及び日常生活自立支援事業について、パンフ レット、説明会資料、マニュアル等の資料を通じて情報提供 を行っている。	[] 0.なし・1.あり	利用者の権利擁護のため、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の活用を推進していることの有無を問 う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○成年後見制度及び日常生活自立支援事業について、パンフレット、説明会資料、マニュアル等の資料を通 じて情報提供を行っていることの有無 ○成年後見センター・ワーカーサポート、社会福祉協議会等成年後見制度等の実施者の連絡先を備え付け ていることの有無 ○成年後見制度又は日常生活自立支援事業を活用した記録の有無	
		15 成年後見センター・ワーカーサポート、社会福祉協議会等成 年後見制度等の実施者の連絡先を備えている。	[] 0.なし・1.あり		
		16 成年後見制度又は日常生活自立支援事業を活用した記録 がある。	[] 0.なし・1.あり		
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
5 利用者等に対する利用者 が負担する利用料に関す る説明の実施の状況	13 利用者に対して、利用明細を交付してい る。	17 サービス提供内容(介護保険給付以外の費用がある場合に はこれを含む。)が記載されている請求明細書(等)がある。	[] 0.なし・1.あり	料金請求の透明性の確保のため、サービスの内容とその費用について、利用者又は家族に対し説明し、料 金請求時には、合計金額だけでなく、明細を記載した請求書を交付し、その控えを適切に保管していること の有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、保管している請求明細書の控えの有無を記載する。 ※サービス提供内容、単価等が記載されていること。	
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
		14 利用者又はその家族に対して、必要な利 用料の計算方法について説明し、同意を 得ている。	[] 0.なし・1.あり		サービスの内容とその費用の計算方法について、利用者又は家族に対し説明し、同意を得ていることの有無 を問う項目である。 その同意を得ていることが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印のある文書の有無を記載 する。 ※各種利用料に関して計算方法を明記した文書があること。
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
15 利用者ごとの金銭管理の記録及び利用者 又はその家族への報告を行っている。	19 利用者ごとの金銭管理の記録がある。	[] 0.なし・1.あり	金銭管理の透明性を図るため、その管理規定を厳密に定め、利用者ごとの金銭管理の記録及び利用者又は 家族への報告を行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者ごとに、収支、残高等を記録した帳簿等の有無 ○利用者又は家族に対して、管理している金銭の収支及び残高について報告した記録の有無 そもそも金銭管理を実施していない場合は、「金銭管理は行わない」にチェックする。 金銭管理は実施するが、報告対象期間内に金銭管理の事例がなかった場合は、「金銭管理は行いが、事例 なし」にチェックする。		
[] 金銭管理は行わない。 [] 金銭管理は行いが、事例なし。	20 利用者又はその家族に対して、管理している金銭の収支及 び残高について報告した記録がある。	[] 0.なし・1.あり			
6 介護が必要となった場合 の手続等の説明及び同 意の取得の状況	16 利用者が介護が必要になった場合には、 利用者の意思を踏まえて、申請手続につ いて必要支援を行っている。 [] 自立者の受入は行わない。 [] 自立者が介護が必要となった事例な い。	18 要介護認定等申請手続の援助又は代行を行った記録があ る。	[] 0.なし・1.あり	利用者が介護が必要になった場合に、利用者の意思を踏まえて、申請手続について必要な支援を行って いることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、要介護認定等申請手続の援助又は代行を行ったことを記録した文書の有 無を記載する。 報告対象期間内に、事例がなかった場合は、「自立者が介護が必要となった事例なし」にチェックする。 介護が必要となった利用者が、特定施設サービスを利用するに当たって、利用者又は家族に対し、契約書及 び重要事項に関して記した文書について説明し、同意を得ていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印があることの有無を記載する。 ※有料老人ホームの入居に係る重要事項の説明ではなく、特定施設サービスに関する重要事項の説明であ ることに留意する。	
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
		17 当該サービスの利用に当たっては、利用者 又はその家族に対し、契約書及び重要事 項に関して記した文書について説明し、同 意を得ている。 [] 自立者の受入は行わない。 [] 自立者が介護が必要となった事例な い。	22 当該サービスの利用契約書及び重要事項に関して記した文 書に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。		[] 0.なし・1.あり
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
2 利用者本位の介護 サービスの質の確保の ために講じている措置	7 認知症の利用者に対する 介護サービスの質の確保 のための取組の状況	18 従業者に対する認知症及び認知症ケアに 関する知識及び理解を深めるための研修を 行っている。	[] 0.なし・1.あり	利用者に対して、認知症及び認知症ケアに関する知識と理解を深めさせるための研修を、計画的に実施して いることの有無を問う項目である。 そのことが確認できる研修の実施記録の有無を記載する。	
		19 認知症の利用者への対応及び認知症ケ アの質を確保するための仕組みがある。	24 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニユ アル等がある。		[] 0.なし・1.あり
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
8 利用者のプライバシーの 保護のための取組の状 況	20 従業者に対して、利用者のプライバシーの 保護の取組に関する周知を図っている。	25 利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等 がある。	[] 0.なし・1.あり	利用者の尊厳を保持するため、利用者のプライバシーを保護するという観点と取組みの内容を、従業者に 周知していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○プライバシーの保護に関して記載のあるサービス実施マニュアル等の有無 ○従業者に対して、プライバシー保護に関して実施した研修の実施記録の有無	
		26 利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記 録がある。	[] 0.なし・1.あり		
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		
9 身体的拘束等の排除の ための取組の状況	21 身体的拘束等の排除のための取組を行っ ている。	27 身体的拘束等の排除のための取組に関する事業所の理念、 方針等が記載された文書がある。	[] 0.なし・1.あり	身体的拘束等の排除に向けた取組みを実施していることの有無を問う項目である。 その取組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○事業所の理念や方針として、身体的拘束等の排除の取組を記載した文書の有無 ○身体的拘束等の排除のための取組に関するマニュアル等の有無 ○従業者に対し、身体的拘束等の排除のための取組に関する研修を実施した記録の有無	
		28 身体的拘束等の排除のための取組に関するマニュアル等が ある。	[] 0.なし・1.あり		
		29 身体的拘束等の排除のための取組に関する研修の実施記 録がある。	[] 0.なし・1.あり		
		(その 他)	[] 0.なし・1.あり		

	22 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。 [] 身体的拘束等を行わない。 [] 身体的拘束等を行うことはあるが、事例なし。	30 身体的拘束等を行う場合の同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	[] 0. なし・1. あり	やむを得ず身体的拘束等を行う場合に、利用者又は家族に説明し、同意を得ていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印がある文書の有無を記載する。 ※やむを得ないと判断した時点で、個別に説明し、同意を得ていること。 いかなる場合も身体的拘束等を行っていない場合は、「身体的拘束等を行わない」にチェックする。 報告対象期間内に、事例があった場合は、「身体的拘束等を行うことはあるが、事例なし」にチェックする。 やむを得ず身体的拘束等を行った場合に、その実施経過及び理由を記録していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できる記録の有無を記載する。 いかなる場合も身体的拘束等を行っていない場合は、「身体的拘束等を行わない」にチェックする。 報告対象期間内に、事例があった場合は、「身体的拘束等を行うことはあるが、事例なし」にチェックする。
		(その他)	[] 0. なし・1. あり	
		31 身体的拘束等の実施経過及び理由の記録がある。	[] 0. なし・1. あり	
10 計画的な機能訓練の実施の状況	24 身体機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の身体機能等に応じた機能訓練を計画的に行っている。	32 利用者ごとの機能訓練計画がある。	[] 0. なし・1. あり	身体機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の身体機能等に応じ、目標を明確にした上で、計画的に機能訓練を行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者ごとに設定した目標を記載した機能訓練計画の有無 ○機能訓練の実施内容を記載した、利用者ごとの実施記録の有無
		33 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。	[] 0. なし・1. あり	
		(その他)	[] 0. なし・1. あり	
11 利用者の家族等との連絡、交流等のための取組の状況	25 利用者の健康状態、生活状況等について、定期的及び変化があった時に、利用者の家族に連絡している。	34 利用者の家族に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡の記録がある。	[] 0. なし・1. あり	家族と連絡を図るため、利用者の健康状態、生活状況等について、定期的及び変化があった時に、家族に連絡していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、家族に対する状況報告書、または、連絡の記録の有無を記載する。
		(その他)	[] 0. なし・1. あり	
	26 利用者の家族との意見交換等を行う機会を設けている。	35 利用者の家族の参加が確認できる意見交換会、懇談会等の記録又は利用者の家族との連絡帳等がある。	[] 0. なし・1. あり	家族との意見交換等の機会を、利用者・家族の状況や相談のしやすさに配慮した多様な形態で設けていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ※意見交換会や懇談会の記録、利用者の家族との連絡帳等があること。
		(その他)	[] 0. なし・1. あり	
	27 利用者の家族との交流を行っている。	36 利用者の家族への行事案内又は利用者の家族の参加が確認できる行事の実施記録がある。	[] 0. なし・1. あり	利用者が家族と交流をしやすいように、事業所として支援していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○行事の案内状や家族が参加した行事の実施記録の有無 ○家族が宿泊できるよう、設備や受入態勢が整っていることの有無
		37 利用者の家族が宿泊できる設備がある。	[] 0. なし・1. あり	
(その他)	[] 0. なし・1. あり	[] 0. なし・1. あり		
	[] 0. なし・1. あり	[] 0. なし・1. あり		
12 当該サービスの質の確保のための取組の状況	28 利用者の希望に応じた食事を提供する仕組みがある。	38 食事の開始時間が選択できることが確認できる資料がある。	[] 0. なし・1. あり	利用者の希望に応じた食事を提供するため、多様な食事提供の仕組みがあることの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○食事の開始時間が選択できることを記載した文書の有無 ○食事メニューが選択できることを記載した文書の有無 ○食事の場所が選択できることを記載した文書の有無
		39 食事のメニューが選択できることが確認できる資料がある。	[] 0. なし・1. あり	
		40 食事の場所が選択できることが確認できる文書がある。	[] 0. なし・1. あり	
		(その他)	[] 0. なし・1. あり	
	29 利用者の身体状況に合わせて食事を提供する仕組みがある。	41 利用者の咀嚼又は嚥下能力に応じた流動食、刻み食等を提供していることが確認できる記録がある。	[] 0. なし・1. あり	栄養摂取の観点から、利用者の身体状況に合わせて、食事を提供する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者の咀嚼又は嚥下能力が低下した利用者に対し、その状態に応じ、流動食、刻み食等を提供した記録の有無 ○利用者の身体状況に合わせて、カロリーを計算した食事を提供した記録の有無 ○利用者ごとに、食事摂取量を記録した文書の有無 ○食事の摂取の自立に向けた自助具(食器類)が、実際に使用している食器等の中にあることの有無
		42 利用者の身体状況に合わせてカロリーの食事を提供していることが確認できる記録がある。	[] 0. なし・1. あり	
		43 利用者ごとの食事摂取量の記録がある。	[] 0. なし・1. あり	
		44 食事の摂取の自立に向けた自助具(食器類)の使用について、実際に使用している食器等で確認できる。	[] 0. なし・1. あり	
	(その他)	[] 0. なし・1. あり	[] 0. なし・1. あり	
	30 入浴介助の質を確保するための仕組みがある。	45 入浴前の体温及び血圧測定記録がある。	[] 0. なし・1. あり	入浴介助の質を確保するため、利用者の状態に応じた入浴介助と、入浴介助時のプライバシーを保護する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○入浴前の体温及び血圧測定結果の記録の有無 ○入浴介助時の利用者のプライバシーの保護についての記載したマニュアル等の有無
46 入浴介助時の利用者のプライバシーの保護についての記載があるマニュアル等がある。		[] 0. なし・1. あり		
(その他)	[] 0. なし・1. あり	[] 0. なし・1. あり		

		31 排せつ介助の質を確保するための仕組みがある。	47 排せつチェック表等の記録がある。	[] 0.なし・1.あり	排せつ介助の質を確保するため、定期的な排せつのチェックと、排せつ時のプライバシーに配慮する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○排せつケアを把握している記録(排せつチェック表等)の有無 ○排せつ介助時のプライバシーへの配慮について定めたマニュアル等の有無
			48 排せつ介助時の利用者のプライバシーへの配慮についての記載があるマニュアル等がある。	[] 0.なし・1.あり	
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
	13 健康管理のための取組の状況	32 看護職員による服薬管理を行っている。	49 看護職員が、服薬管理を行っていることが確認できる文書がある。	[] 0.なし・1.あり	健康管理のため、服薬管理を看護職員が行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できる文書(服薬管理ノート、看護記録等)の有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
		33 利用者の日常の体調の変化を把握している。	50 利用者ごとの血圧、体温及び脈拍についての定期的な記録がある。	[] 0.なし・1.あり	健康管理のため、利用者の日常の体調の変化を把握していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、利用者ごとの血圧、体温及び脈拍について、定期的に記録している文書の有無を記載する。 ※血圧、体温、脈拍のすべてについて記録があること。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
	14 利用者の生活の質の向上のための取組の状況	34 利用者の生活の質を高めるための取組を行っている。	51 年間行事予定表等又は活動報告書等に、アクティビティの記載がある。	[] 0.なし・1.あり	趣味や楽しみ等のイベントなど、利用者が自分の嗜好に合わせ参加を選択できる活動を実施することにより、利用者の生活の質を高めるための取組を行っていることの有無を問う項目である。 その取組が確認できるものとして、年間行事予定表等又は活動報告書等に、アクティビティ(日常生活を豊かにする活動)の種類、活動年月日、活動の様子を記録していることの有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
3 相談、苦情等の対応のために講じている措置	15 相談、苦情等の対応のための取組の状況	35 利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがある。	52 重要事項を記した文書等利用者へ交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記されている。	[] 0.なし・1.あり	利用者や家族からの相談・苦情に対応するための仕組み(相談しやすい環境の整備や、相談等の内容が、受け付けた者から事業所全体又は管理者に伝わる仕組み)の有無を問う項目である。 ○利用者に交付する重要事項を記した文書(重要事項説明書等)に、相談・苦情等対応窓口の電話番号、担当者の氏名役職を明記していることの有無 ○相談・苦情等に対して、具体的な対応方法や手順を定めた文書(マニュアルや手順書等)の有無
			53 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。	[] 0.なし・1.あり	
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
		36 相談、苦情等対応の経過を記録している。	54 相談、苦情等対応に関する記録がある。	[] 0.なし・1.あり	相談・苦情等の適切な対応のため、その情報を共有する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○相談・苦情等を受け付けた日、具体的内容、担当者名、対応結果を記載した文書(相談・苦情等対応記録等)の有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
		37 相談、苦情等対応の結果について、利用者又はその家族に説明している。	55 利用者又はその家族に対する説明の記録がある。	[] 0.なし・1.あり	相談・苦情等の対応結果を、利用者又は家族に説明していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、相談・苦情等を申し出た利用者又は家族に対し、個別に対応結果を説明、報告したことを記載した文書(相談・苦情等対応記録等)の有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
4 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置	16 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況	38 計画作成担当者は、当該サービスに係る計画の実施状況を把握している。	56 当該サービスに係る計画等に、サービスの実施状況の記録がある。	[] 0.なし・1.あり	特定施設サービス計画に定めたサービスの実施状況、内容を、計画作成担当者が把握していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、計画等に、サービスの実施状況を記録していることの有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
		39 当該サービスに係る計画の評価を行っている。	57 当該サービスに係る計画の評価を記入している記録がある。	[] 0.なし・1.あり	特定施設サービス計画に定めた目標の達成状況等を把握するため、定期的に計画の評価を行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、計画の評価の内容について記録した文書の有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
	17 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況	40 当該サービスの改善のために、当該サービスに係る計画の見直しを行っている。	58 当該サービスに係る計画の見直しの時期を明記した文書がある。	[] 0.なし・1.あり	計画の評価に基づき、計画の見直しを行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、計画の見直しの時期や頻度等を記載した文書の有無を記載する。
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	
5 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携	18 指定居宅サービス等基準第191条第1項に規定する協力医療機関及び同条第2項に規定する協力歯科医療機関との連携の状況	41 協力医療機関及び協力歯科医療機関との連携を図っている。	59 協力医療機関との協力に関する契約書がある。	[] 0.なし・1.あり	利用者の急変等、緊急事態の際に、円滑に対応できるよう、協力医療機関・協力歯科医療機関と連携を図っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、利用者の入院や休日・夜間等における対応について、必要な事項を取り決めた協力契約書や覚書の有無を記載する。
			60 協力歯科医療機関との協力に関する契約書がある。	[] 0.なし・2.あり	
			(その他)	[] 0.なし・1.あり	

19	地域との連携、交流等の取組の状況	42 地域との連携、交流等を行っている。	61 介護予防教室、地域との交流行事等に関する計画書、開催案内等の文書がある。	[]	0.なし・1.あり	地域との住民や関係機関の理解と協力が得られるよう、地域との連携、交流等を行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ◎地域住民等に対する介護予防教室や、地域との交流行事等について記載した計画書や開催案内等の有無 ○地域の研修会へ、講師を派遣した記録のある文書の有無 ○地域の行事へ、参加した記録のある文書の有無					
			62 地域の研修会に対する講師派遣の記録がある。	[]	0.なし・1.あり						
			63 地域の行事への参加の記録がある。 (その他)	[]	0.なし・1.あり						
		43 利用者の権利侵害を防ぐため、事業所が開放的になるような取組を行っている。	64 介護相談員又はオブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。	[]	0.なし・1.あり	利用者の権利侵害を防ぐ取組を、地域と連携して実施していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ◎介護相談員の受入やオブズマンの勧告等に対応したことについて記録した文書の有無 ○社会性、客観性、透明性等を確保するため、第三者委員を交えて意見等を聞くことを目的として開催した会議等の記録の有無 ※オブズマンとは、苦情や相談を受け付け、公正・中立な立場で調査し、意見表明や是正勧告をする制度的仕組み ※第三者委員とは、事業所と利害関係がなく、利用者と事業所の間に入って、問題等を公平・中立な立場で、円滑に円滑に解決する仕組み					
			65 第三者委員との会議記録がある。	[]	0.なし・1.あり						
			(その他)	[]	0.なし・1.あり						
		44 ボランティアを受け入れる仕組みがある。	66 ボランティア申込票、登録票、受入票等がある。	[]	0.なし・1.あり	利用者への社会的な交流機会を確保するため、ボランティアを受け入れる仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○ボランティアの受入態勢を記載した文書や受入状況を記載するための文書(ボランティア申込票、登録票、受入票等)の有無 ○ボランティアの活動プログラム(活動内容、業務等の詳細を記載した文書)、または、活動記録(具体的な活動記録)等の有無					
			67 ボランティア活動プログラム、ボランティア活動記録等がある。	[]	0.なし・1.あり						
			(その他)	[]	0.なし・1.あり						
		45 地域包括支援センターと連携し、困難な事例や苦情につながる事例の場合等の利用者への支援を行っている。	68 困難な事例や苦情につながる事例の場合等を、地域包括支援センターにつなげた記録がある。	[]	0.なし・1.あり	利用者や家族に重層的に課題が存在している場合や支援拒否などの困難事例の場合に、地域包括支援センターと連携して、支援を行っていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、困難事例等を地域包括支援センターに報告した記録がある文書(サービス提供記録やサービス担当者会議録等)の有無を記載する。					
			(その他)	[]	0.なし・1.あり						
			(その他)	[]	0.なし・1.あり						
		2	介護サービスを提供する事業所又は施設運営の運営状況に関する事項	20 従業員等に対する従業員等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	46 従業員が守るべき倫理を明文化している。	69 倫理規程がある。	[]	0.なし・1.あり	適切な事業運営を確保するため、事業所としての倫理を、従業員が共有できるような明文化していることの有無を問う項目である。 その明文化していることが確認できる文書(倫理規定や職員心得等)の有無を記載する。		
					(その他)	[]	0.なし・1.あり				
					47 従業員を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	70 従業員を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。	[]	0.なし・1.あり			
					(その他)	[]	0.なし・1.あり				
					21 計画的な事業運営のための取組の状況	48 事業計画を毎年度作成している。	71 毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。	[]		0.なし・1.あり	目的や運営方針の実現のため、目標の設定とその達成に向け、事業計画を毎年度作成していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、報告年度の運営方針等を記載した事業計画又は年次計画の有無を記載する。
					(その他)	[]	0.なし・1.あり				
				22 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	49 事業計画及び財務内容に関する資料を閲覧可能な状態にしている。	72 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。	[]	0.なし・1.あり	事業運営の透明性確保のため、事業計画及び財務内容に関する文書を、利用者や家族、一般に対して開示していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、利用者や家族、一般の方からの求めに対して開示する取り決めを定めた文書(情報管理規定等)の有無を記載する。 自由に閲覧できる状態になっている場合やホームページ等に掲載していれば、「あり」となる。 ※財務内容は、収支、予算、決算等の内容がわかるものであること。		
(その他)	[]				0.なし・1.あり						
23 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	50 事業所の改善課題について、現場の従業員と幹部従業員とが合同で検討する仕組みがある。			73 現場の従業員と幹部従業員が参加する業務改善に関する会議又はミーティング等の記録がある。	[]	0.なし・1.あり	事業所運営の向上のため、現場の従業員と幹部従業員が、ともに改善すべき課題について、検討する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、業務改善に関する会議等の記録の有無を記載する。 ※記録には、開催日、出席者、事業所の改善課題の内容について記載があること。 ※出席者には、現場の従業員と幹部従業員の両方が含まれていること。				
	(その他)			[]	0.なし・1.あり						
7	事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置			24 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	51 事業所の組織体制、従業員の権限、業務分担及び協力体制を定めている。	74 組織体制、従業員の権限、業務分担及び協力体制に関する規程等がある。	[]	0.なし・1.あり	組織として適切にサービスを提供するため、組織体制、従業員の権限・業務分担、協力体制等を明確に定めていることの有無を問う項目である。 そのことが確認できる規程等(運営規程、組織規程、職務権限規程等)の有無を記載する。		
					(その他)	[]	0.なし・1.あり				
25 介護サービスの提供のために必要な情報について従業員間で共有するための取組の状況	52 利用者の状態の変化等サービス提供に必要な利用者に関する情報について、記録を通して関係する従業員に伝える仕組みがある。	75 申し送りノート等に、利用者に関して特記すべき事項が記録されている。	[]	0.なし・1.あり	適切なサービスの提供、目標実現に向けて組織的に取り組むため、必要な情報を、記録を通して関係する従業員が共有する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、申し送りノートや連絡ノート等に、利用者に関する必要な情報を記載していることの有無を記載する。						
		(その他)	[]	0.なし・1.あり							

8 安全管理及び衛生管理のために講じている措置	26 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	83 事故の発生予防又はその再発を防止するための仕組みがある。	76 事故の発生予防又はその再発の防止に関するマニュアル等がある。	[] 0.なし・1.あり	<p>当該事故の発生予防又はその再発を防止するため、その知識、技術等の周知や、業務改善に向けた検討などの仕組みの有無を問う項目である。</p> <p>その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。</p> <p>○事故発生予防又はその再発防止について記載した文書（事故防止・対応マニュアル等）の有無</p> <p>○ヒヤリ・ハット事例等を活用し、事故防止等の検討をした記録（事例検討会議記録等）の有無</p> <p>○事故発生予防等の研修の実施記録（研修記録等）の有無</p> <p>※事故とは、サービス提供中において利用者の身体及び財物に損害が生じたことをいう。</p>					
			77 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討記録がある。	[] 0.なし・1.あり						
			78 事故の発生予防又はその再発の防止に関する研修の実施記録がある。	[] 0.なし・1.あり						
			(その他)	[] 0.なし・1.あり						
		84 事故の発生等緊急時に対応するための仕組みがある。	79 事故の発生等緊急時の対応に関するマニュアル等及び緊急時の連絡体制を記載した文書がある。	[] 0.なし・1.あり		<p>急病や事故発生等の緊急時に、的確かつ迅速に対応するための仕組みの有無を問う項目である。</p> <p>その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。</p> <p>○事故・緊急時対応に関するマニュアルや手順書、および、緊急時の連絡体制を記載した文書（事故防止・対応マニュアル、緊急連絡網等）の有無</p> <p>○事故発生等緊急時対応に関する研修の実施内容を記載した研修の実施記録の有無</p>				
			80 事故の発生等緊急時の対応に関する研修の実施記録がある。	[] 0.なし・1.あり						
			(その他)	[] 0.なし・1.あり						
		85 非常災害時に対応するための仕組みがある。	81 非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等がある。	[] 0.なし・1.あり			<p>火災、自然災害など非常事態が発生した場合の対応について具体的な方法を定めるなど、災害発生時に対応するための仕組みの有無を問う項目である。</p> <p>その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。</p> <p>○サービス提供時の非常災害発生に対応するための手順、役割分担等を定めたマニュアル等の有無</p> <p>○連絡すべき関係機関の一覧や連絡体制等を記載した文書の有無</p> <p>○非常災害発生時の対応に関する研修の実施記録の有無</p> <p>○非常災害時の避難、救出等に関する訓練の実施記録（防災訓練実施記録等）の有無</p>			
			82 非常災害時に通報する関係機関の一覧表等がある。	[] 0.なし・1.あり						
			83 非常災害時の対応に関する研修の実施記録がある。	[] 0.なし・1.あり						
			84 非常災害時の避難、救出等に関する訓練の実施記録がある。	[] 0.なし・1.あり						
			(その他)	[] 0.なし・1.あり						
		86 利用者ごとの主治医及び家族、その他の緊急連絡先が把握されている。	85 利用者ごとの主治医及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等がある。	[] 0.なし・1.あり				<p>事故等緊急時に、的確かつ迅速に対応するため、利用者ごとの緊急連絡先を把握していることの有無を問う項目である。</p> <p>そのことが確認できるものとして、利用者ごとの緊急連絡先を記載した一覧表等の有無を記載する。</p> <p>※主治医及び家族その他の緊急連絡先を記載していること。</p>		
			(その他)	[] 0.なし・1.あり						
87 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	86 感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討記録がある。	[] 0.なし・1.あり	<p>感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みの有無を問う項目である。</p> <p>その仕組みが確認できるものとして、次のことを記載する。</p> <p>○感染症・食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関して、具体的に記載したマニュアル等の有無</p> <p>○ヒヤリ・ハットの事例等による発生予防及びまん延防止の検討内容を記録した文書（事例検討会議記録等）の有無</p> <p>○感染症・食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修の実施内容を記載した文書（研修記録等）の有無</p>							
	87 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等がある。	[] 0.なし・1.あり								
	88 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修実施記録がある。	[] 0.なし・1.あり								
	(その他)	[] 0.なし・1.あり								
9 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	27 個人情報の保護の確保のための取組の状況	88 事業所の業務に照らして適宜必要とされる利用者及びその家族の個人情報の利用目的を公表している。		89 利用者及びその家族の個人情報の利用目的を明記した文書について、事業所内に掲示するとともに、利用者又はその家族に対して配布するための文書がある。	[] 0.なし・1.あり	<p>利用者や家族の様々な状況等を把握した上で、サービスを提供することになる。把握した情報は個人情報であることから、適正に管理、保護するため、個人情報を利用する場合その目的を定め、それを公表していることの有無を問う項目である。</p> <p>そのことが確認できるものとして、個人情報の利用目的に関して明文化した文書を事業所内に掲示していること、及び、利用者又は家族に配布するための文書の有無を記載する。</p>				
		89 個人情報の保護に関する方針を公表している。		90 個人情報の保護に関する方針を事業所内に掲示している。	[] 0.なし・1.あり					
		91 個人情報の保護に関する方針について、ホームページ、パンフレット等への掲載がある。		(その他)	[] 0.なし・1.あり				<p>個人情報の取扱いを適正に実施するため、個人情報の保護に関する事業所の姿勢、方針を従業員に周知するとともに対外的に公表していることの有無を問う項目である。</p> <p>そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。</p> <p>○個人情報保護に関する方針等を事業所内に掲示していることの有無</p> <p>○個人情報保護に関する方針等を記載したホームページやパンフレット等の有無</p>	
		28 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況		92 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがある。	92 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明記した文書がある。		[] 0.なし・1.あり			<p>利用者本人の求めがあった場合、サービスの提供記録を開示する仕組みの有無を記載する。</p> <p>その仕組みが確認できるものとして、利用者本人からサービス提供記録の開示を求められた場合に、応じることを記載した文書（情報管理規定等）の有無を記載する。</p>
				(その他)	[] 0.なし・1.あり					

<p>■ 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置</p>	<p>29 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況</p>	<p>81 当該サービスに従事する全ての新任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている。 [] 新任者なし</p>	<p>93 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。</p>	[] 0.なし・1.あり	<p>新任者が、現任者と同等の水準のサービスを早期に提供できる技術等の向上を図るため、新任の従業者を対象とする研修を計画的に実施していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○全ての新任従業者を対象とした研修計画の有無 ○全ての新任従業者を対象とする研修を実施した記録(研修実施記録等)の有無 ※研修計画は1年間の研修スケジュールが記載されたものをいう。 報告対象期間内に、研修計画において対象となる新任者がいなかった場合は、「新任者なし」にチェックする。 従業者の資質向上、研修や自己研鑽の機会を確保するため、現任の従業者を対象とする研修を計画的に実施していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○全ての現任従業者を対象とした研修計画の有無 ○全ての現任従業者を対象とする研修を実施した記録(研修実施記録等)の有無 ※研修計画は1年間の研修スケジュールが記載されたものをいう。</p>
			<p>94 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修の実施記録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり	
			<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり	
		<p>82 当該サービスに従事する全ての現任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている。</p>	<p>95 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。</p>	[] 0.なし・1.あり	
		<p>96 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修の実施記録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり		
		<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり		
	<p>83 従業者に対して、介護予防及び要介護度進行予防の取組に関する周知を図っている。</p>	<p>97 介護予防及び要介護度進行予防に関するマニュアルがある。</p>	[] 0.なし・1.あり		
		<p>98 介護予防及び要介護度進行予防に関する研修を行っている記録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり		
		<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり		
	<p>30 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況</p>	<p>64 利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映する仕組みがある。</p>	<p>99 経営改善のための会議において、利用者の意向、満足度等について検討された記録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり	<p>利用者の意向や満足度を定期的に把握し、その内容に基づき、経営改善に結びつける仕組みの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、把握した利用者の意向や満足度について検討した会議等の記録の有無を記載する。 サービス提供の質を向上させるため、定期的にその内容について、事業所の自己評価を実施していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、提供したサービスに関して実施した事業所の自己評価について、具体的な結果を記載した文書の有無を記載する。 ※評価する内容は、個人プランの見直しのための評価ではなく、事業所としてサービス提供に係る業務、組織、手続き等全般をさす。 事業所全体のサービスの質の確保、向上について検討する仕組みの有無を問う項目である。 その仕組みが確認できるものとして、事業所全体のサービス内容を検討する会議の設置規定、または、検討した会議等の記録の有無を記載する。</p>
			<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり	
			<p>65 自ら提供する当該サービスの質について、定期的に事業所の自己評価を行っている。</p>	<p>## 自ら提供する当該サービスの質についての事業所の自己評価の実施記録がある。</p>	
<p>(その他)</p>		[] 0.なし・1.あり			
<p>66 事業所全体のサービスの質の確保について検討する仕組みがある。</p>		<p>## 事業所全体のサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり		
<p>(その他)</p>		[] 0.なし・1.あり			
<p>31 介護サービスの提供のためにマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況</p>	<p>67 マニュアル等は、いつでも利用可能な状態にしている。</p>	<p>## マニュアル等について、従業者が自由に閲覧できる場所に設置してある。</p>	[] 0.なし・1.あり	<p>マニュアル等(業務マニュアルやサービス提供手順書等)が、従業者が常に確認できる状態になっていることの有無を問う項目である。 その状態が確認できるものとして、マニュアル等が、従業者であれば誰でも閲覧できる場所にあること、または、従業者全員に配布していることの有無を記載する。</p>	
		<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり		
	<p>68 マニュアル等の見直しについて検討している。</p>	<p>## マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。</p>	[] 0.なし・1.あり		<p>マニュアル等を、現場の実情や変化に応じて、定期的に見直していることの有無を問う項目である。 そのことが確認できるものとして、マニュアル等の見直しについて、検討した会議等の記録の有無について記載する。</p>
<p>(その他)</p>	[] 0.なし・1.あり				