

確認項目	内容詳細	確認文書
<p>○人員基準 従業者の員数</p>	<p><input type="checkbox"/>従業者は、専ら施設の職務に従事しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>入居者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>生活相談員は1以上配置していますか。</p> <p><input type="checkbox"/>生活相談員は常勤のものですか。</p> <p><input type="checkbox"/>生活相談員は社会福祉法第19条第1項各号の該当又は介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事任用資格者、精神保健福祉士の資格を有しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で入居者の数が3又は端数を増すごとに1以上ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>入居者は前年度の平均値となっていますか。※事業が1年満たない場合は入居者数の平均算出方法が異なるので要注意</p> <p><input type="checkbox"/>介護職員のうち1人以上は、常勤の者であるか。</p> <p><input type="checkbox"/>看護職員（看護師または准看護師）の数は、1以上ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>看護職員のうち1人以上は、常勤の者ですか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務実績表／タイムカード ・勤務体制一覧表 ・従業者の資格証

	<p><input type="checkbox"/>栄養士又は管理栄養士を1以上配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>機能訓練指導員を1以上置いていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>機能訓練指導員は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>介護支援専門員を1以上置いているか。</p> <p><input type="checkbox"/>介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者であるか。 ※入居者の処遇に支障がない場合は施設の他の職務に従事可 ※居宅介護支援事業者との兼務は不可であるが増員に係る非常勤の介護支援専門員との兼務は可</p> <p><input type="checkbox"/>常時1人以上の介護職員を介護に従事させているか。</p> <p><input type="checkbox"/>昼間についてはユニットごとに常時1名以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置しているか。</p>	
--	---	--

ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置しているか。

ユニットケアリーダー研修受講者は2名以上配置していますか。(※ただし、2ユニット以下の場合には、1名でよい)

令和3年4月1日以降に入居定員が10を超えるユニットを整備する場合は、以下の職員配置となっているか。

(1) 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置ユニットごとに常時1人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する8時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。以下、同じ）に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を8で除して得た数が入居の数が10を超えて1を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するように努めてこと。

(2) 2ユニットごとに1人の配置に加えて、当該2ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を16で除した数が入居者の合計数が20を超えて2又はその端数を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

施設長は常勤か。

施設長は社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者若しくは

	<p>社会福祉事業に2年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者であるか。</p>	
<p>○設備基準 設備</p>	<p><input type="checkbox"/> 次の設備を備えているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニット ・浴室 ・医務室 ・調理室 ・洗濯室又は洗濯場 ・汚物処理室 ・介護材料室 ・事務室その他の運営上必要な部屋 <p><input type="checkbox"/> ユニットには次の設備を備えているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室 ・共同生活室 ・洗面設備 ・便所 <p><input type="checkbox"/> 1の居室の定員は1人であるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 1のユニットの入居定員は、10以下を原則とし、15人を超えないようになっているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 居室は寝台又はこれに代わる設備を備えているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 居室の床面積等は10.65㎡以上か。定員が2人以上の場合、21.3㎡以上か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・平面図、目視

	<p><input type="checkbox"/>居室にはブザー又はこれに代わる設備はあるか。</p> <p><input type="checkbox"/>1の共同生活室に床面積は2㎡に共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上をなっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>洗面設備は要介護者が使用するのに適したものとなっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>便所はブザー又はこれに代わる設備を設け要介護者が使用するのに適したものとなっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>浴室は要介護者が使用するのに適したものとなっているか。</p> <p><input type="checkbox"/>医療法第1条の5第2項に規定する診療所である医務室を設け、入所者を診察するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けているか。</p> <p><input type="checkbox"/>調理室には、食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食器等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けているか。</p> <p><input type="checkbox"/>汚物処理室は、他の設備と区分された一定のスペースを有し、換気及び衛生管理等に十分配慮されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>廊下幅は1.5m以上、中廊下の幅は1.8m以上となっているか。</p>	
--	--	--

	<input type="checkbox"/> 廊下及び階段に手すりを設けているか。 <input type="checkbox"/> 消防設備は備えられているか。	
○運営基準 内容及び手続の説明 及び同意	<input type="checkbox"/> 入所（入居）申込者又はその家族への説明と同意の手続きを取っているか。 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書の内容に不備等はないか。 1. 運営規程の概要 2. 従業者の勤務体制 3. 事故発生時の対応 4. 苦情処理の体制 5. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	・重要事項説明書（入所（入居）申込者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・入所契約書
○入退所	<input type="checkbox"/> サービスを受ける必要性が高いと認められる入所（入居）申込者を優先的に入所させているか。 <input type="checkbox"/> 入所（入居）者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか。 <input type="checkbox"/> 入所（入居）者が居宅において日常生活を営むことができるか、多職種（生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等）で定期的に協議・検討しているか。	・アセスメントシート ・モニタリングシート ・地域密着型施設サービス計画 ・入所検討委員会会議
○サービス提供の記録	<input type="checkbox"/> 地域密着型施設サービス計画にある目標を達成するための具体的なサービスの内容が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 日々のサービスについて、具体的な	・サービス提供記録 ・業務日誌 ・モニタリングシート

	<p>内容や入所（入居）者の心身の状況等を記録しているか。</p>	
<p>○指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針</p>	<p><input type="checkbox"/> 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（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化を図っているか。（身体的拘束等を行わない体制づくりを進める策を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/> やむを得ず身体的拘束等をしている場合、家族等に確認しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月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。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し以下の項目を盛り込んでいるか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 2. 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 3. 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 4. 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針 5. 身体的拘束等の発生時の対応に関する基本方針 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等廃止に関する（適正化のための）指針 ・身体的拘束等の適正化検討委員会議事録 ・身体的拘束等の適正化検討委員会名簿 ・（身体拘束等がある場合）入所（入居）者の記録、家族への確認書

	<p>6. 入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>7. その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p> <p><input type="checkbox"/>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に実施しているか。</p>	
○地域密着型施設サービス計画の作成	<p><input type="checkbox"/>入所（入居）者の心身の状況、希望等を踏まえて地域密着型サービス計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/>アセスメントを適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/>サービス担当者会議等により専門的意見を聴取しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>地域密着型施設サービス計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか。</p> <p><input type="checkbox"/>地域密着型施設サービス計画に基づいたケアの提供をしているか。</p> <p><input type="checkbox"/>目標の達成状況は記録されているか。</p> <p><input type="checkbox"/>達成状況に基づき、新たな地域密着型施設サービス計画が立てられているか。</p> <p><input type="checkbox"/>定期的にモニタリングを行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型施設サービス計画（入所（入居）者又は家族の同意があったことがわかるもの） ・アセスメントシート ・サービス提供記録 ・モニタリングシート
○介護	<input type="checkbox"/> 入浴回数は1週間に2回以上か。	・サービス提供記録/業務日誌

	<input type="checkbox"/> 褥瘡予防体制は整備されているか。	
○栄養管理※令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日より義務	<input type="checkbox"/> 各入所（入居）者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養ケア計画 ・ 栄養状態の記録
○口腔衛生の管理 ※令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日より義務	<input type="checkbox"/> 各入所（入居）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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔衛生の管理計画
○受給資格等の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険番号、有効期限等を確認している記録等
○利用料等の受領	<input type="checkbox"/> 入所（入居）者から費用徴収は適切に行われているか。 <input type="checkbox"/> 領収書を発行しているか。 <input type="checkbox"/> 医療費控除の記載は適切か。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 請求書 ・ 領収書
○入所者の入院期間中の取扱い	<input type="checkbox"/> 概ね3月以内に退院することが明らかに見込まれるときに適切な便宜を供与しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供記録/業務日誌
○緊急時等の対応	<input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。 <input type="checkbox"/> 緊急事態が発生した場合、速やかに配置医師と連携をとっているか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時対応マニュアル ・ サービス提供記録
○管理者による管理	<input type="checkbox"/> 管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者の雇用形態が分かる文書 ・ 管理者の勤務実績表/タイムカード

<p>○運営規程</p>	<p>□運営における以下の重要事項について定めているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. ユニットの数及びユニットごとの入居定員 5. 入所者に対する指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料、その他の費用の額 6. 施設の利用に当たっての留意事項 7. 緊急時等における対応方法 8. 非常災害対策 9. 虐待の防止のための措置に関する事項※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日より義務化。 10. その他施設の運営に関する重要事項 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程
<p>○勤務体制の確保等</p>	<p>□サービス提供は施設の従業者によって行われているか。</p> <p>□入所（入居）者の処遇に直接影響する業務を委託していないか。</p> <p>□資質向上のために研修の機会を確保しているか。</p> <p>□認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか。※認知症介護基礎研修を指す。令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日からは義務。 ※看護師、准看護師、介護福祉士、介</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用の形態（常勤・非常勤）が分かる文書 ・研修計画、実施記録 ・方針、相談記録

	<p>護支援専門員、実務者研修修了者、初任者研修修了者、社会福祉士、理学療法士、医師、歯科医師、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、管理栄養士、精神保健福祉士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師は研修を受講しなくても可。</p> <p>※新規採用は1年間に猶予期間あり。</p> <p><input type="checkbox"/>性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか。</p> <p>※職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し従業者に周知・啓発すること。</p> <p>※相談に応じ、適切に対応するために必要な整備（相談への対応のための窓口をあらかじめ定め労働者に周知すること）。</p>	
<p>○業務継続計画の策定等（令和6年3月31日まで努力義務、令和6年4月1日から義務）</p>	<p><input type="checkbox"/>感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/>従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を実施しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>計画の見直しを行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・研修及び訓練計画、実施記録
<p>○定員の遵守</p>	<p><input type="checkbox"/>入所定員は（又はユニット毎の入居定員）上回っていないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌 ・国保連への請求書控え
<p>○非常災害対策</p>	<p><input type="checkbox"/>非常災害（火災、風水害、地震等）対応マニュアルがあるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時対応マニュアル（対応計画） ・運営規程

	<input type="checkbox"/> 非常災害時の連絡網等を用意されているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理に関する責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 避難・救出等の訓練を実施しているか	<ul style="list-style-type: none"> ・避難・救出等訓練の記録 ・通報、連絡体制 ・消防署への届出
○衛生管理等	<input type="checkbox"/> 必要に応じて衛生管理について、保健所の助言、指導を求め、密接な連携を保っているか。 <input type="checkbox"/> 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講じているか。 ※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務 <input type="checkbox"/> 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を3月に1回開催しているか。 ※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務	<ul style="list-style-type: none"> ・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名簿、委員会の記録 ・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 ・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の記録及び訓練の記録
○秘密保持等	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用に当たり、入所（入居）者から同意を得ているか。 <input type="checkbox"/> 退職者を含む、従業員が入所（入居）者の秘密を保持することを誓約しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報同意書 ・従業員の秘密保持誓約書
○広告	<input type="checkbox"/> 広告は虚偽又は誇大となっていないか。	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット／チラシ
○苦情処理	<input type="checkbox"/> 苦情受付の窓口があるか。	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付簿 ・苦情者への対応記録

	<input type="checkbox"/> 苦情の受付、内容等を記録、保管しているか。 <input type="checkbox"/> 苦情の内容を踏まえたサービスの資向上の取組を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情対応マニュアル
<p>○地域との連携等</p>	<input type="checkbox"/> 運営推進会議を概ね2月に1回以上開催しているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議で挙げた要望や助言が記録されているか。 <input type="checkbox"/> 運営推進会議の会議録が公表されているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営推進会議の記録
<p>○事故発生の防止及び発生時の対応</p>	<input type="checkbox"/> 事故が発生した場合の対応方法は定まっているか。 <input type="checkbox"/> 市町村、家族等に報告しているか。 <input type="checkbox"/> 事故状況、対応経過が記録されているか。 <input type="checkbox"/> 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行うための対策を講じているか。 <input type="checkbox"/> 再発防止のための取組を行っているか。 <input type="checkbox"/> 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故発生の防止のための指針 ・ 事故対応マニュアル ・ 市町村、家族等への報告記録 ・ 再発防止策の検討の記録 ・ ヒヤリハットの記録 ・ 事故発生防止のための委員会議事録 ・ 研修の記録 ・ 担当者を設置したことが分かる文書

	<input type="checkbox"/> 上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。	
○虐待の防止※令和6年3月31日までは努力義務、令和6年4月1日からは義務	<input type="checkbox"/> 虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、従業者に周知しているか。 <input type="checkbox"/> 虐待の発生・再発防止の指針を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 従業者に対して虐待の発生・再発防止の研修及び訓練を実施しているか。 <input type="checkbox"/> 上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会の開催記録 ・ 虐待の発生・再発防止の指針 ・ 研修及び訓練計画、実施記録 ・ 担当者を設置したことが分かる文書