

社会福祉法人等（軽費（A型）・ケアハウス ・ 養護老人ホーム）指導監査資料

【入所者処遇・14頁】

○記入要領

- ・ 特に指定のあるもの以外は、令和6年度の状況を記入してください。
- ・ 回答をあらかじめ用意した設問については、該当するものに○を付けてください。
- ・ 設問によっては、当該社会福祉法人指導監査資料以外の資料において、重複する事項が生じている場合がありますが、該当がある場合は記入してください。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響等で、実施できていない項目等についてはその旨を記入してください。

(直接データ入力する場合)

- ・ うす緑で 網掛けしている回答欄は、準備している回答の中から選択してください。

法人名	
-----	--

施設名	種別

※ この資料は、施設ごとに作成してください。

第1 適切な入所者処遇の確保

指導監査事項	根拠法令等
<p>(1) 入所に際して入所者の心身の状況、生活・家庭の状況、病歴等の把握に努めていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>軽費老人ホームについては「久留米市軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例」(以下、「軽費条例」という)第3条の規定により、市条例に定めるもののほか、軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成20年厚生労働省令第107号。以下「軽費省令」という。)の定めによる。</p>
<p>(2) 入所者が要介護状態又は要支援状態となった場合に、入所者が必要とする介護保険サービスを円滑に受けることができるよう、各種手続に対する支援や、情報提供など必要な措置を講じていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>介護老人ホームについては「久留米市介護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例」(以下、「介護条例」という)第3条の規定により、市条例に定めるもののほか、介護老人ホームの設備及び運営に関する基準(昭和41年厚生省令第19号。以下「介護省令」という。)の定めによる。</p>
<p>【こちらは介護老人ホームのみ記入してください。】</p>	
<p>(3) 入所者が居宅において日常生活を営む事が出来るか、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・検討していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準について(平成20年5月30日老発0530第2号厚生労働省老健局長通知。以下「軽費通知」という。)</p>
<p>(4) 入所者が退所する場合、主治医や保健医療、福祉サービス提供者等と十分に連携を図るなど、継続的な支援を行う体制づくりに努めていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>介護老人ホームの設備及び運営に関する基準について(平成十二年三月三〇日老発第三〇七号。以下「介護通知」という。)</p>
<p>(5) 入所者の心身の状況、希望等を踏まえて入所者のサービス(処遇)に関する計画が立てられていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><ケアハウス></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 軽費省令第14条 (2) 軽費省令第20条 (4) 軽費省令第14条 (5) 軽費省令第17条 (6) 軽費省令第17条 (7) 軽費省令第9条 軽費省令第15条 (8) 軽費省令第9条 軽費省令第17条 軽費通知第5-4-(3)(4)(5) (9) 軽費省令第33条の2 軽費通知第5-19 (10) 軽費省令第24条 軽費通知第5-10-(3) (12) 軽費省令第24条の2 軽費通知第5-11 (13) 軽費省令第11条
<p>(6) サービスの提供にあたっては、本人や家族に理解しやすいよう説明を行い、同意を得ていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	
<p>(7) 入所者処遇(入所者へのサービスの内容や入所者の心身の状況)に関する帳簿を整備し、2年間保存していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	
<p>【こちらは介護老人ホームのみ記入してください。】</p>	
<p>ア 目標の達成状況は記録されていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><軽費老人ホーム(A型)></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 軽費省令附則第10条 (2) 軽費省令附則第10条 (4) 軽費省令附則第10条 (5) 軽費省令附則第10条 (6) 軽費省令附則第10条 (7) 軽費省令附則第10条 (8) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-4-(3)(4)(5) (9) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-19 (10) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-10-(3) (12) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-11 (13) 軽費省令附則第6条
<p>イ 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ますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	
<p>ウ 処遇計画は医師、理学療法士等の専門的なアドバイスを得て策定され、かつその実践に努めていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	
<p>エ 機能訓練が必要な者に対して適切に行われていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><介護老人ホーム></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護省令第14条 (2) 介護省令第19条 (3) 介護省令第14条 (4) 介護省令第14条 (5) 介護省令第15条 (6) 介護省令第16条 (7) 介護省令第9条 介護省令第15条 介護省令第18条 介護通知第1-8-(2) 介護通知第5-2 介護通知第5-5-(5) (8) 介護省令第9条 介護省令第16条 介護通知第5-3 (9) 介護省令第30条 介護通知第5-17 (10) 介護省令第23条 介護通知第5-9-(3) (12) 介護省令第23条の2 介護通知第5-10 (13) 介護省令第12条 介護通知第3-1
<p>(8) 身体的拘束について</p> <p>ア 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拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	
<p>イ やむを得ず身体拘束をしている場合、家族等に確認していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	

指導監査事項	根拠法令等														
<p>ウ 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合は、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書」、「身体拘束に関する経過観察・再検討記録」などを参考としその様態、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かった理由の記録を作成し、2年間保存してありますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>(7)</p> <p>★ 当分の間は、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）等を参考に作成するもの。</p>														
<p>エ 施設全体で身体的拘束等の適正化に取り組むために、幅広い職種（例えば、施設長、事務長、介護職員、生活相談員）で構成する「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下「検討委員会」という。）」を3月に1回以上開催し、介護職員その他の職員に周知徹底を図っていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>★ 処遇計画の内容には、施設行事及び日課等施設全体に係るものも含むものであること。</p> <p>(8)</p> <p>★ 「身体拘束ゼロ作戦」の推進について 6（以下「拘束ゼロ」）</p>														
<p>オ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>															
<p>指針に盛り込んでいる内容に○印を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>施設における身体的拘束適正化に関する基本的な考え方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>検討委員会、その他施設内の組織に関する事項</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>職員研修に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>発生時の対応に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	施設における身体的拘束適正化に関する基本的な考え方	<input type="checkbox"/>	検討委員会、その他施設内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>	職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	施設における身体的拘束適正化に関する基本的な考え方														
<input type="checkbox"/>	検討委員会、その他施設内の組織に関する事項														
<input type="checkbox"/>	職員研修に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	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														
<input type="checkbox"/>	発生時の対応に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	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>カ 身体的拘束等の適正化のための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）の開催及び新規採用時の研修を実施し、記録していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>															
<p>いる場合、研修の実施日</p> <p>1回目（ 年 月） 実施記録の（有・無）</p> <p>2回目（ 年 月） 実施記録の（有・無）</p> <p>新規採用時（ 年 月） 実施記録の（有・無）</p>															
<p>(9) 高齢者虐待防止について</p>	<p>(9)</p> <p>★ 「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」（平成17年11月9日法律124号）第2条、第20条、第21条</p>														
<p>ア 前回監査時から施設内において、高齢者虐待と考えられる事案が発生しましたか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 発生した <input type="checkbox"/> 発生していない</p>	<p>★ 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは</p>														
<p>・発生した場合、具体的に内容を記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。</p>														
<p>・発生した場合にとった措置、その後どのような改善を行ったかについて記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。</p>														
	<p>ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与え言動を行うこと</p>														
	<p>ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。</p>														
	<p>ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。</p>														

指導監査事項

根拠法令等

イ 虐待の発生又はその再発を防止するための取組状況について

<以下①～③は、令和7年4月1日以降の状況を記入してください>

① 虐待等の防止・早期発見のため、及び虐待等が発生した場合においては再発を確実に防止するため施設長を含む幅広い職種で構成する『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。）』を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていますか。

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

② 虐待の防止のための指針を整備していますか。

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

指針に盛り込んでいる内容に○印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	施設における虐待の防止に関する基本的な考え方
<input type="checkbox"/>	検討委員会、その他施設内の組織に関する事項
<input type="checkbox"/>	職員研修に関する基本方針
<input type="checkbox"/>	虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
<input type="checkbox"/>	虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
<input type="checkbox"/>	成年後見制度の利用支援に関する事項
<input type="checkbox"/>	虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
<input type="checkbox"/>	入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
<input type="checkbox"/>	その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）の開催及び新規採用時の研修を実施し、記録していますか。

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

いる場合、研修の実施日

1回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）
 2回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）
 新規採用時（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）

④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置していますか。

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

職名		氏名	
----	--	----	--

ウ 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報するよう従業者に周知していますか。

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

エ その他虐待の防止に関すること

① 「規定」「マニュアル」「体制整備チェックリスト」等を作成し、職員への周知徹底及び活用

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

② 「職員セルフチェックリスト」を作成し、これを活用して職員の意識や日々のサービス提供等の状況把握

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

③ 「早期発見チェックリスト」を作成し、利用の徹底を図るとともに、発見時の報告、対応等の明確化

<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない
--------------------------	----	--------------------------	-----

★ 虐待防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、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があるが、他の社会福祉施設・事業所との連携等により行うことも差し支えない。

★ 「テレビ電話装置等」を活用する場合、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。

④ 職員が支援等に関する意見や要望、悩みを相談することのできる相談体制の整備

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

⑤ 利用者、利用者家族、関係機関との意見交換の場の設定

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

⑥ その他虐待防止のための措置を講じている場合、具体的に内容を記入してください。

(10) 認知症介護基礎研修について

直接処遇職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について認知症介護基礎研修を受講させていますか。

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

★当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

(11) ハラスメントについて

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ますか。

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

(12) 業務継続計画の策定等について

<以下ア～ウは、令和7年4月1日以降の状況を記入してください>

ア 感染症及び災害に関する業務継続計画を策定していますか。

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

業務継続計画に盛り込んでいる内容に○印を記入してください。

①感染症に係る業務継続計画	
<input checked="" type="checkbox"/>	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、備品等の確保等）
<input checked="" type="checkbox"/>	初動対応
<input checked="" type="checkbox"/>	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）
②災害に係る業務継続計画	
<input checked="" type="checkbox"/>	平常時の対応（建物・設備安全対策、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）
<input checked="" type="checkbox"/>	緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
<input checked="" type="checkbox"/>	他施設及び地域との連携

イ 感染症及び災害に係る業務継続計画について、定期的な教育（年2回以上）の開催及び新規採用時の研修を実施し、記録していますか。

<input checked="" type="checkbox"/>	いる	<input checked="" type="checkbox"/>	いない
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

いる場合、研修の実施日

1回目(年 月) 実施記録の(有・無)
 2回目(年 月) 実施記録の(有・無)
 新規採用時(年 月) 実施記録の(有・無)

(10)

★ 本措置は、入所者に対する処遇に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体のケアを行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するもの。

(12)

★ 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して差し支えない。

指導監査事項

根拠法令等

ウ 平時から、感染症や災害が発生した場合に迅速に行動できる
よう業務継続計画に係る訓練を定期的に(年2回以上)に実施
していますか。

いる いない

(13) 直接処遇職員等は、配置基準に基づく必要な職員が確保され
ていますか。

いる いない

ア 職員の配置状況について、下記の表に記入してください。
(監査直近月(令和 年 月)1日現在)

	施設 長	処 遇 職 員										事 務 員	栄 養 士	調 理 員	介 助 員	医 師	そ の 他	計	
		主任 生活 相談員	主任 生活 相談員	主任 介護 職員 支援員	介護 職員	看護 職員	*機能 訓練 指導員	*介護 専門 員	*介護 支援										そ の 他
基 準																			
現 員	常勤																		
	非常勤																		

イ 上記の表で、過不足が生じている場合、解消のため取られて
いる方法を具体的に示してください。

【以下、特定施設のみ】

ウ 個別機能訓練加算を算定していますか。

いる いない

エ 夜間看護体制加算を算定していますか。

いる いない

★ 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して差し
支えない。

(13)

※ 下の表において、*印の付いた
職種は特定施設にのみ必要な職
員。

※ 非常勤職員については、常勤換
算方法に従って記入してくださ
い。(特定施設のみ)

第2 入所者処遇の充実

指導監査事項	根拠法令等																																																				
<p>(1) 入所者の外出の機会を確保するような取り組みをしていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>(2) 適切な入浴等の確保がなされていますか。</p> <p>ア 入浴の状況について記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>1人1週当たり</th> <th>実施曜日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般浴</td> <td>人</td> <td>回</td> <td>曜</td> </tr> <tr> <td>一部介助</td> <td>人</td> <td>回</td> <td>曜</td> </tr> <tr> <td>清拭</td> <td>人</td> <td>回</td> <td>曜</td> </tr> </tbody> </table> <p>イ 入浴日が行事・祝日等に当たり入浴の準備を行わない場合は、代替日を設けるなど、適切な頻度の入浴の確保はできていますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>(3) 令和6年度における大掃除実施日</p> <p style="text-align: center;">令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</p> <p>(4) 健康管理について</p> <p>ア 定期の健康診断、衛生管理及び感染症等に対する対策は適切に行われていますか。次の事項について、記入してください。</p> <p>① 定期健康診断等について、記入してください。</p> <p style="text-align: center;">(年 <input type="text"/> 回実施 (機会の提供))</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td>第1回</td> <td>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</td> </tr> <tr> <td>第2回</td> <td>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 健康診断で実施している項目に○を記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>問診</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>身体計測</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>理学的検査</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>血圧測定</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>検尿</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ヘモグロビンA1C</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>胸部X線</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>貧血検査</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>肝機能検査</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腎機能検査</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>血糖検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="7">循環器検査 (心電図検査、眼底検査、血液化学検査)</td> </tr> </tbody> </table> <p>③ 要再検査対象者に対して再検査を実施していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>④ 上記③の再検査等の記録を施設で保管していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>⑤ 要観察者に対して日常の処遇上、どのように配慮していますか。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		対象者	1人1週当たり	実施曜日	一般浴	人	回	曜	一部介助	人	回	曜	清拭	人	回	曜	第1回	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	第2回	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/>	問診	<input type="checkbox"/>	身体計測	<input type="checkbox"/>	理学的検査	<input type="checkbox"/>	血圧測定	<input type="checkbox"/>	検尿	<input type="checkbox"/>	ヘモグロビンA1C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	胸部X線	<input type="checkbox"/>	貧血検査	<input type="checkbox"/>	肝機能検査	<input type="checkbox"/>	腎機能検査	<input type="checkbox"/>	血糖検査	<input type="checkbox"/>	循環器検査 (心電図検査、眼底検査、血液化学検査)							<p><ケアハウス></p> <p>(1) 軽費省令第19条</p> <p>(2) 軽費省令第17条 軽費省令第19条 (入浴は2日に1回以上の頻度で行うこと。)</p> <p>(3) 軽費通知第5-12</p> <p>(4) ア①～⑤ 軽費省令第21条 (定期的に健康診断を受ける機会の提供)</p> <p>(4) ア⑥～⑩ 軽費省令第26条 軽費省令第27条 軽費通知第5-12、5-13</p> <p>(5) 軽費省令第19条</p> <p>(6) 軽費省令第19条</p> <p>(7) 軽費省令第9条 軽費省令第31条 軽費通知第5-16</p> <p><軽費老人ホーム(A型)></p> <p>(1) 軽費省令附則第10条</p> <p>(2) 軽費省令附則第10条</p> <p>(3) 軽費通知第5-12</p> <p>(4) ア①～⑤ 軽費省令附則第8条 (健康診断は入所時及び年2回以上)</p> <p>(4) ア⑥～⑩ 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-12、5-13</p> <p>(5) 軽費省令附則第10条</p> <p>(6) 軽費省令附則第10条</p> <p>(7) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-16</p> <p>(8) 軽費省令附則第10条</p> <p><養護老人ホーム></p> <p>(1) 養護省令第18条</p> <p>(2) 養護省令第18条 (入浴又は清拭は、1週間に少なくとも2回以上行うこと。入浴日が行事日・祝日等に当たった場合、代替日を設けるなど週2回の入浴等を確保すること。)</p> <p>(3) 養護通知第5-10 (毎年1回以上大掃除を行う)</p> <p>(4) ア①～⑤ 養護省令第20条 (健康診断は入所時及び年2回以上) (但し、胸部X線は年1回) 養護通知第5-7</p> <p>(4) ア⑥～⑩ 養護省令第24条 養護省令第25条 養護通知第5-10</p> <p>(5) 養護省令第18条</p> <p>(6) 養護省令第18条 養護通知第5-5-(3)</p> <p>(7) 養護省令第9条 養護省令第27条 養護通知第5-13</p> <p>(8) 養護省令第26条</p> <p>(4) ア② ★参考： 養護通知で示す項 (「保健事業実施要領」の基本健康診断の検査項目) は、以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・身体計測 ・理学的検査 ・血圧測定 ・検尿 ・循環器検査 (心電図検査、眼底検査、血液化学検査) ・貧血検査 ・肝機能検査 ・腎機能検査 ・血糖検査 ・ヘモグロビンA1C
	対象者	1人1週当たり	実施曜日																																																		
一般浴	人	回	曜																																																		
一部介助	人	回	曜																																																		
清拭	人	回	曜																																																		
第1回	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																																																				
第2回	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																																																				
<input type="checkbox"/>	問診	<input type="checkbox"/>	身体計測	<input type="checkbox"/>	理学的検査	<input type="checkbox"/>	血圧測定																																														
<input type="checkbox"/>	検尿	<input type="checkbox"/>	ヘモグロビンA1C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	胸部X線																																														
<input type="checkbox"/>	貧血検査	<input type="checkbox"/>	肝機能検査	<input type="checkbox"/>	腎機能検査	<input type="checkbox"/>	血糖検査																																														
<input type="checkbox"/>	循環器検査 (心電図検査、眼底検査、血液化学検査)																																																				

指導監査事項	根拠法令等																				
<p>⑥ 感染症等に対する対策を行っていますか。行っている場合は、() 内に具体的な実施状況を記入してください。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p> <p>【いる場合、実施状況】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>★参考： 厚生労働省老健局発行「介護職員のための感染対策マニュアル」</p> <p>★ 対策委員会は、他の委員会から独立して設置・運営すること。（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、一体的に設置・運営することも差し支えない。）</p> <p>★ 専任の対策担当者は、看護師であることが望ましい。</p> <p>★ 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をおおむね3月に1回以上開催する</p> <p>★ 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。なお、それぞれの項目の記載内容の例については「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。</p> <p>★ 研修の実施については、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、施設内の研修で差し支えない。</p> <p>★ 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。</p> <p>★ 平成9年7月9日社援施第104号「社会福祉施設における食中毒予防の徹底について」</p>																				
<p>⑦ 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。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p>																					
<p>⑧ 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（以下「感染対策委員会」という。）を設置していますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p> <p>【いる場合、構成員に○】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">施設長</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">事務長</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">医師</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">看護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td>支援員</td> <td></td> <td>栄養士</td> <td></td> <td>生活相談員</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>【専任の感染対策担当者は】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">職種</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> </table>			施設長		事務長		医師		看護職員		支援員		栄養士		生活相談員			職種		氏名	
		施設長		事務長		医師		看護職員													
		支援員		栄養士		生活相談員															
職種																					
氏名																					
<p>⑨ 感染対策委員会を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員、支援員等に周知徹底を図っていますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p> <p>いる場合、研修の実施日</p> <p>1回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p> <p>2回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p> <p>新規採用時（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p>																					
<p>⑩ 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ますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p>																					
<p>⑪ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のため、支援員等に対して定期的な教育（年2回以上）の開催及び新規採用時の研修を実施し、記録していますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p>																					
<p>⑫ 平時から、実際に感染症発生を想定し、感染の予防及びまん延の防止のため訓練を定期的（年2回以上）に実施していますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p>																					
<p>⑬ 調理及び清掃等の業務を委託する場合は、委託業者に施設の指針を周知していますか。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない </p>																					

指導監査事項	根拠法令等																		
<p>⑭ トイレ、洗面場等で共用タオルが使用されていませんか。 <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>⑮ 入所者に対し、感染症予防の啓発を行なっていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>【いる場合、実施状況】 <input type="text"/></p> <p>⑯ レジオネラ症対策 (入浴設備/空気調和設備の冷却塔/給湯設備等) ・浴槽水のレジオネラ属菌水質検査の実施状況</p> <p>【令和6年度】</p> <table border="1" data-bbox="322 618 968 680"> <tr> <td>令和</td><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 陽性</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 陰性</td> </tr> <tr> <td>令和</td><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 陽性</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 陰性</td> </tr> </table> <p>・浴槽水は、 <input checked="" type="checkbox"/> 循環式 <input type="checkbox"/> 循環式ではない</p> <p>・循環式の場合、浴槽水の換水は、 <input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 日おき</p> <p>・その他のレジオネラ症対策の実施状況 <input type="text"/></p> <p>⑰ その他（肝炎ウイルス、ノロウイルス等）対策 <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>【いる場合、内容】 <input type="text"/></p> <p>イ 施設の種別、入所定員の規模別に応じて、必要な医師、嘱託医がおかれていますか。（必要な日数、時間が確保されているか。）又、個々の入所者の身体状態・症状等に応じて、医師、嘱託医による必要な医学的管理が行われ、看護師等への指示が適切に行われていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>【こちらは養護老人ホーム及びケアハウスのみ記入してください。】</p> <p>① 協力医療機関名 <input type="text"/></p> <p>② 協力歯科医療機関名 <input type="text"/></p>	令和		年		月		日	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性	令和		年		月		日	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性	<p>★ 共同で使用するタオルは、感染症防止上好ましくない。</p> <p>★ 入所者の衛生管理の一環として、本人への情報提供と教育は必須</p> <p>★ 「社会福祉施設におけるレジオネラ症防止対策について」（平成11年11月26日社援施第47号）</p> <p>★ 「社会福祉施設等におけるレジオネラ症防止対策マニュアルについて」（平成13年9月11日社援基発第33号）</p> <p>★ 「社会福祉施設等におけるレジオネラ症防止対策の徹底について」（平成15年7月25日社援基発第0725001号）</p>
令和		年		月		日	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性											
令和		年		月		日	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性											

【こちらは養護老人ホーム及び定員50人以上の軽費(A型)のみ記入してください。】

① 医師（嘱託医）の勤務は

月		回
---	--	---

② 定期的勤務の場合、曜日、時間など

--

③ 入所者に対して嘱託医が実施している項目

健康診断	定期的診療(回診等)	緊急時診療
薬剤処方	その他 ()	

④ 日誌は整備、記帳していますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

⑤ 嘱託医の診療記録等は整備記帳していますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

【いる場合、保管方法】

--

⑥ 個人別健康管理簿等に家族構成・健康状態・入院・通院・投薬状況を記載整備していますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

⑦ 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（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「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を取り決めていますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

※新興感染症

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第六条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症

(5) レクリエーションの実施等について

ア 入所者のためのレクリエーション行事を行っていますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

イ 各個人の状況や希望に沿って実施されていますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

(6) 家族との連携や、入所者及び家族からの相談に応じる体制について

ア 家族との連携に積極的に努めていますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

【いる場合、具体的に】

--

イ 入所者や家族からの相談に応じる体制がとられていますか。また、相談に対して適切な助言、援助が行われていますか。

	いる		いない
--	----	--	-----

【いる場合、その具体的内容】

--

指導監査事項	根拠法令等														
<p>(7) 苦情について</p> <p>ア 苦情受付の窓口を設置していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>イ 苦情の受付、内容等を2年間記録、保管していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>ウ 苦情の内容を踏まえたサービスの質の向上の取り組みを行っていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>(8) 個人情報保護について</p> <p>ア 個人情報保護に関する考え方や方針に関する宣言（いわゆるプライバシーポリシー、プライバシーステートメント等）及び個人情報の取扱いに関する規則を策定していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>【いる場合】</p> <p>① 当該宣言及び規則を対外的に公表していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>【公表の方法】 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></p> <p>② 個人情報保護に関する考え方や方針に関する宣言の内容として、定めているものに○印を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> 個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 関係法令及びガイドライン等を遵守すること</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table></p> <p>③ 個人情報の取扱いに関する規則において、定めているものに○印を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> 安全管理措置の概要</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> 本人等からの開示等の手続き</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 第三者提供の取扱い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 苦情への対応</td> </tr> </table></p> <p>イ 退職者を含む、職員が入所者の秘密を保持することを誓約していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>ウ 個人情報の適正な取扱いを推進し、漏えい等の問題に対処する体制を整備していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>エ 入所者及び家族等に対し、あらかじめ個人情報の利用目的を説明し、同意を得ていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>オ 個人情報の取扱いについて、入所者等が疑問に感じた内容を問い合わせることができる窓口機能を確保していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない</p> <p>カ 業務の委託に当たり、講じている措置に○印を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> ガイドラインに沿った対応を行う事業者を委託先として選定</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 委託先事業者における個人情報の取扱いについて定期的に確認</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに関する安全管理措置の内容を委託契約に盛り込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table></p>	<input checked="" type="checkbox"/> 個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 関係法令及びガイドライン等を遵守すること	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 安全管理措置の概要	<input checked="" type="checkbox"/> 本人等からの開示等の手続き	<input checked="" type="checkbox"/> 第三者提供の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 苦情への対応	<input checked="" type="checkbox"/> ガイドラインに沿った対応を行う事業者を委託先として選定	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 委託先事業者における個人情報の取扱いについて定期的に確認	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに関する安全管理措置の内容を委託契約に盛り込む	<input type="checkbox"/>	<p>(8)</p> <p>★ 「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について」（平成29年4月14日付け個情第534号、医政発0414第6号、薬生発0414第1号、老発0414第1号）</p> <p>★ 「『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』に関するQ&A（事例集）」（平成29年5月30日厚生労働省）</p> <p>★ 「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）</p>
<input checked="" type="checkbox"/> 個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと	<input type="checkbox"/>														
<input checked="" type="checkbox"/> 関係法令及びガイドライン等を遵守すること	<input type="checkbox"/>														
<input checked="" type="checkbox"/> 安全管理措置の概要	<input checked="" type="checkbox"/> 本人等からの開示等の手続き														
<input checked="" type="checkbox"/> 第三者提供の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 苦情への対応														
<input checked="" type="checkbox"/> ガイドラインに沿った対応を行う事業者を委託先として選定	<input type="checkbox"/>														
<input checked="" type="checkbox"/> 委託先事業者における個人情報の取扱いについて定期的に確認	<input type="checkbox"/>														
<input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに関する安全管理措置の内容を委託契約に盛り込む	<input type="checkbox"/>														

第3 入所者の生活環境等の確保と支援

指導監査事項	根拠法令等
<p>(1) 施設設備等生活環境は、適切に確保されていますか。次の事項について、記入してください。</p> <p>ア 居室等の設備は運営基準にあった構造となっていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>イ 医務室は、医療法第7条による診療所開設の許可を得ていますか。(※ 養護老人ホーム及び軽費 (A型) のみ記入してください。) <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p><ケアハウス> (1) 軽費省令第3条 軽費省令第4条 軽費省令第10条</p> <p><軽費老人ホーム(A型)> (1) 軽費省令附則第5条 軽費通知第7-2-(3)</p> <p><養護老人ホーム> (1) 養護省令第3条 養護省令第4条 養護省令第10条 養護省令第11条 養護通知第2-2-(7)</p>

第4 契約内容

指導監査事項	根拠法令等																															
<p>【こちらはケアハウス及び定員50人以上の軽費 (A型) のみ記入してください。】</p> <p>(1) 契約が成立したときに交付すべき書面において、次の事項を記載していますか。記載のある事項に○印を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">経営者の名称</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>主たる事務所の所在地</td><td></td></tr> <tr><td>提供するサービスの内容</td><td></td></tr> <tr><td>サービスの提供につき入所者が支払うべき利用料に関する事項</td><td></td></tr> <tr><td>サービスの提供年月日</td><td></td></tr> <tr><td>苦情を受け付けるための窓口</td><td></td></tr> </table> <p>(2) 運営規程と上記(1)の書面等 (パンフレット、しおり、入居申込書等を含む。) とで異なる内容が記載されていませんか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>(3) 本人からの利用料の決定について、対象収入を正確に把握していますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>【こちらはケアハウスのみ記入してください。】</p> <p>(4) 特別なサービスに要する費用について</p> <p>ア 特別なサービスに要する費用を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>【いる場合】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">該当に○</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">入所者個人の使用に属する費用</td> <td style="text-align: center;">ガス代</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">水道代</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">電気代</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> </table> <p>・当該サービスの利用実績に応じた実費相当額となっていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>イ 新規入居の際の敷金、礼金、保証金等の徴収等、その他入所者の不当な負担となる条件を課していませんか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>ウ 利用料が滞納された場合の保証金を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>【いる場合、次の式は成立しますか。】 $((\text{生活費}) + (\text{サービスの提供に要する費用}) + (\text{居住に要する費用})) \times 3 \leq 30 \text{万円}$ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p>	経営者の名称		主たる事務所の所在地		提供するサービスの内容		サービスの提供につき入所者が支払うべき利用料に関する事項		サービスの提供年月日		苦情を受け付けるための窓口				該当に○	入所者個人の使用に属する費用	ガス代		水道代		電気代		その他	円		その他	円		その他	円		<p><ケアハウス> (1) 軽費省令第12条 (2) 軽費省令第12条 (3) 軽費省令第16条 軽費通知第5-3 (4) 軽費通知第5-3-(5), (6)</p> <p><軽費老人ホーム(A型)> (1) 軽費省令附則第10条 (2) 軽費省令附則第10条 (3) 軽費省令附則第7条 軽費通知第5-3</p> <p>★ 「軽費老人ホームの利用料等に係る取り扱い指針について」 (平成20年5月30日老発第0530003号)</p> <p>(4) ★ 「共益費」などのあいまいな名目の経費や、施設の共用部分に係る光熱水費及び維持管理に係る経費は認められない。</p> <p>★ ただし、利用料が滞納された場合の保証金として、生活費、サービスの提供に要する費用及び居住に要する費用を合算した徴収額の3か月分(概ね30万円を超えない部分に限る。)の範囲で徴収する経費を除く。当該経費は、利用料の滞納が無い場合は、退所時に全額利用者へ返還すること。(参考)「原状回復をめぐるトラブルとガイドライン」(国土交通省住宅局住宅総合整備課マンション管理対策室)(平成16年2月10日改訂)</p>
経営者の名称																																
主たる事務所の所在地																																
提供するサービスの内容																																
サービスの提供につき入所者が支払うべき利用料に関する事項																																
サービスの提供年月日																																
苦情を受け付けるための窓口																																
		該当に○																														
入所者個人の使用に属する費用	ガス代																															
	水道代																															
	電気代																															
その他	円																															
その他	円																															
その他	円																															

第6 事故発生の防止及び発生時の対応

指導監査事項	根拠法令等														
<p>(1) 必要な項目を盛り込んだ事故発生の防止のための指針を整備していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>指針に盛り込んでいる内容に○印を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>介護事故の防止に対する基本的考え方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ヒヤリ・ハット事例、介護事故等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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>介護事故等発生時の対応に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他介護事故防止推進のために必要な基本方針</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	介護事故の防止に対する基本的考え方	<input type="checkbox"/>	介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項	<input type="checkbox"/>	介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	ヒヤリ・ハット事例、介護事故等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	<input type="checkbox"/>	介護事故等発生時の対応に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	<input type="checkbox"/>	その他介護事故防止推進のために必要な基本方針	<p><ケアハウス> (1)～(8) 軽費省令第9条 軽費省令第33条 軽費通知第5-18</p> <p><軽費老人ホーム(A型)> (1)～(8) 軽費省令附則第10条 軽費通知第5-18</p> <p><養護老人ホーム> (1)～(8) 養護省令第9条 養護省令第29条 養護通知第5-17</p>
<input type="checkbox"/>	介護事故の防止に対する基本的考え方														
<input type="checkbox"/>	介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項														
<input type="checkbox"/>	介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	ヒヤリ・ハット事例、介護事故等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														
<input type="checkbox"/>	介護事故等発生時の対応に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針														
<input type="checkbox"/>	その他介護事故防止推進のために必要な基本方針														
<p>(2) 事故発生の防止のための検討委員会（以下「事故防止検討委員会」という。）を設置していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>	<p>(2)～(5)</p> <p>★ 事故防止検討委員会は、他の委員会から独立して設置・運営すること。（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、一体的に設置・運営することも差し支えない。）</p> <p>★ 周知徹底を図る目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につながるものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではない。</p> <p>★ 研修の実施は、職員研修、施設内の研修で差し支えない。</p> <p>★ 新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施すること。</p> <p>★ 研修内容について記録すること。</p> <p>★ 構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすること。</p> <p>★ 専任の安全対策担当者は、ケア全般の責任者であることが望ましい。</p> <p>★ 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>(3) 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、当該事実の報告及びその分析を通じた改善策について職員に対し周知徹底を図る体制を整備していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>															
<p>(4) 事故発生の防止のため、職員等に対して定期的な教育（年2回以上）の開催及び新規採用時の研修を実施し、記録していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>いる場合、研修の実施日</p> <p>1回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p> <p>2回目（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p> <p>新規採用時（ 年 月 ） 実施記録の（有・無）</p>															
<p>(5) 上記(1)から(4)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ますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">職名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table>		職名		氏名											
職名			氏名												
<p>(6) 入所者に対する処遇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ますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>															
<p>(7) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を整備し、2年間保存していますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p>															
<p>(8) 入所者の処遇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ますか。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 該当なし</p>		<p>(8)</p> <p>★ 損害賠償について、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。</p>													

【こちらは養護老人ホームのみ記入してください。】

令和6年度入所者実績調

	定員（ ）名		計
	一般入所者数	外部サービス利用者数	
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計	人 A	人	人

※ 令和7年度ではなく、令和6年度の入所者等実績数を記入してください。

※ 各月の延べ入所者数を記入してください。

※ 外部サービス利用者数は外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を利用している者です。したがって、特定施設の指定を受けていない場合は0人になります。

(入所者数の平均値) 以下の空白部分に記入してください。(平均値は小数点第2位以下を切り上げてください。)

$$\left(\quad \quad \quad A \right) \div \left(\quad \quad \quad \text{日} \right) = \left(\quad \quad \quad \text{人/日} \right)$$

(令和6年度の(総)日数)

必要な職員数については、

「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」
(平成12年3月30日老発第307号通知、最終改正：平成20年9月1日施行)
の別表及び

「老人福祉法第11条の規定による措置事務の実施に係る指針について」
(平成18年1月24日老発第0124001号通知、最終改正：平成18年4月12日)
の別紙3「老人福祉施設定員規模別職員配置表」を参照してください。