

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利用者等の同意の取得の状況	1 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。	1 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	利用申込者または家族が、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。その対応状況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等(パンフレットやホームページ)の有無 ○問い合わせや見学に対応したことが確認できる文書(見学記録や業務日誌等)の有無
			2 問合せ又は見学に対応した記録がある。	2 問合せ又は見学に対応した記録がある。	[]	0. なし・ 1. あり	
			(その他)	(その他)	[]	0. なし・ 1. あり	
		2 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。	3 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。	3 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。	[]	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、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。 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。
			(その他)	(その他)	[]	0. なし・ 1. あり	
			4 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、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わかる文書がある。	4 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、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わかる文書がある。	[]	0. なし・ 1. あり	
		2 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	4 利用者及びその家族の希望、利用者の心身の状況及びその置かれている環境を把握している。	5 アセスメント(解決すべき課題の把握)のための文書に、利用者及びその家族から聴取した内容及び観察結果の記録がある。	[]	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。その把握をしていることが確認できるものとして、聴取内容及び観察結果の記録の有無を記載する。
			(その他)	(その他)	[]	0. なし・ 1. あり	
			5 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。	6 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	
		3 利用者の状態に応じた訪問介護計画等の介護サービスに係る計画の作成及び利用者等の同意の取得の状況	6 当該サービスに係る計画には、療養上の目標を記載している。	7 当該サービスに係る計画に、療養上の目標の記載がある。	[]	0. なし・ 1. あり	療養通所介護計画に、利用者ごとに療養上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、目標を記載している計画の有無を記載する。 ※利用者ごとに設定した療養上の目標を計画に記載していること。
				(その他)	(その他)	[]	
7 当該サービスに係る計画の作成に当たり、訪問看護計画との整合を図っている。 [] 訪問看護利用者の事例なし	8 当該サービスに係る計画の作成に当たり、訪問看護計画作成者と協議した記録がある。		8 当該サービスに係る計画の作成に当たり、訪問看護計画作成者と協議した記録がある。	[]	0. なし・ 1. あり	療養通所介護計画の作成に当たり、訪問看護計画との整合性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、訪問看護計画作成者と協議した日時、相手方の氏名、内容が記録された文書の有無を記載する。 報告対象期間内に、訪問看護の利用者がいなかった場合は、「訪問看護利用者の事例なし」にチェックする。	
	(その他)		(その他)	[]	0. なし・ 1. あり		
8 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。	9 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。		9 当該サービスに係る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。	[]	0. なし・ 1. あり		
4 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	9 利用者に対して、利用明細を交付している。	10 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(写)がある。	[]	0. なし・ 1. あり	料金請求の透明性を確保するため、利用者に対して明細を記載した請求書を交付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、通所日、単価等が記載されていること。		
		(その他)	(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
10 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。	11 必要な利用料の計算方法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。	11 必要な利用料の計算方法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)	(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	5 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	11 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。	12 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	従業者に対して、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ものとして、認知症及び認知症ケアに関する内容を記載した研修の実施記録の有無を記載する。
		(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
		12 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。	13 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等がある。	[] 0. なし・ 1. あり	認知症の特性に応じたサービスを提供するため、認知症の方へのケアの質を確保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、日常的な配慮や接し方等が記載された従業者向けのマニュアル等の有無を記載する。
		(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
6 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	13 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。	14 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概念と取組みの内容を、従業者に周知していることを問う項目である。 その周知している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する記載のあるサービス実施マニュアル等の有無 ○従業者に対するプライバシー保護に関する研修の実施記録の有無	
		15 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)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
7 身体的拘束等の排除のための取組の状況	14 身体的拘束等の排除のための取組を行っている。	16 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を実施し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、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が記載されている文書の有無 ○身体的拘束等の排除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に関する研修を実施した記録の有無	
		17 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		
		18 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		
8 計画的な機能訓練の実施の状況	15 利用者の心身の状況等に応じて、計画的に機能訓練を行っている。	19 当該サービスに係る計画書に、機能訓練計画の記載がある。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の心身の状況等に応じ、目標を明確にした上で計画的に機能訓練を実施していることの有無を問う項目である。 ここでは、そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者ごとに機能訓練の計画が記載されている文書(機能訓練計画や通所介護計画)の有無 ○利用者ごとに機能訓練の実施状況が記載されている文書の有無	
		20 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		
9 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	16 利用者の家族との意見交換等を行う機会を設けている。	21 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	利用者の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。 その機会を設けていることが確認できるものとして、意見交換等の実施記録の有無を記載する。 ※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		
	17 利用者の家族との交流を行っている。	22 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、家族、従業者の相互の理解を深めるため、家族の参加できる行事等により交流を実施していることの有無を問う項目である。 その実施が確認できるものとして、行事の案内状や行事の実施記録の有無を記載する。 ※行事とは、計画的に行う催しであり、利用者、家族、従業者がともに参加し交流できるプログラム(個別参加型を含む)をいう。	
		(その他)	[] 0. なし・ 1. あり		

10 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況	18 入浴介助の質を確保するための仕組みがある。 [] 入浴サービスは提供しない。 [] 入浴サービスは提供するが、事例なし	23 入浴介助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	入浴介助についての知識や技術の質の確保及びサービス提供前に利用者の健康状態を確認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。 ○入浴介助に関する記載のあるマニュアル等(業務マニュアルやサービス手順書等)の有無 ○入浴前に利用者の健康状態(脈拍、血圧、体温等)を確認した記録の有無 入浴サービスをそもそも実施していない場合は、「入浴サービスは提供しない」にチェックする。 入浴サービスは実施するが、報告対象期間内に事例がなかった場合は、「入浴サービスは提供するが、事例なし」にチェックする。
		(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
		24 入浴前に利用者ごとの健康状態(脈拍、血圧、体温等)を確認している記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	
	19 排せつ介助について、利用者の状態に応じる仕組みがある。	25 利用者ごとに、排せつについてのチェックリスト等の記録がある。 26 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。 (その他)	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の健康管理と尊厳の保持のため、排せつ介助について、利用者の状態に応じる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。 ○利用者の状態と排せつリズムの記録のある文書(排せつチェック表等)の有無 ○排せつ介助における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
			[] 0. なし・ 1. あり	
			[] 0. なし・ 1. あり	
	20 トイレ内の安全性を確保するための仕組みがある。	27 トイレの手すりがある。	[] 0. なし・ 1. あり	トイレ内の安全性を確保するため、事故防止や身体機能のハンデ等に配慮した環境整備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。 ○手すりの有無 ○介助可能なスペースの有無 ○車いすでの利用が可能なトイレの有無
		28 トイレ内に、介助者が介助できるスペースがある。	[] 0. なし・ 1. あり	
		29 車いす対応が可能なトイレがある。	[] 0. なし・ 1. あり	
		(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
	21 食事について、利用者の希望及び好みを聞く仕組みがある。 [] 食事は提供しない。 [] 食事は提供するが、事例なし	30 食事について、利用者の希望及び好みを聞くこと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	利用者が楽しみながら必要な食事をとることができるよう、利用者の嗜好を勘案した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。 ○利用者の希望及び好みを把握することについて記載のあるマニュアル等の有無 ○利用者ごとの希望及び好み、摂取量又は嗜好が記載されている文書(個人別記録や調査記録等)の有無 ○利用者ごとの希望及び好みについて検討した会議等の記録の有無 ※希望とは、食事の仕方や場所などの希望をさす。 ※好みとは、食事内容の嗜好をさす。 食事をそもそも提供しない場合は、「食事は提供しない」の欄にチェックする。 食事は提供するが、報告対象期間内に事例がなかった場合は、「食事は提供するが、事例なし」にチェックする。
		31 利用者ごとの希望及び好み、摂取量又は嗜好の記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	
32 利用者ごとの希望及び好みについて検討された食事についての会議の記録がある。		[] 0. なし・ 1. あり		
(その他)		[] 0. なし・ 1. あり		
22 利用者ごとの栄養マネジメントを行っている。 [] 食事は提供しない。 [] 食事は提供するが、事例なし	33 利用者ごとの栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)の記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の状態に応じた栄養改善のため、利用者ごとに、計画的に栄養マネジメントを実施していることの有無を問う項目である。 そのマネジメントの実施が確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者ごとの栄養状態に関する課題等が記録されている文書の有無 ○栄養に配慮したサービスの実施記録(計画書等への記録)の有無 食事をそもそも提供しない場合は、「食事は提供しない」の欄にチェックする。 食事は提供するが、報告対象期間内に事例がなかった場合は、「食事は提供するが、事例なし」にチェックする。	
	34 栄養改善のためのサービスの実施記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり		
	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり		
23 口腔機能の向上のためのサービスを行っている。	35 利用者ごとの口腔機能についてのアセスメント(解決すべき課題の把握)記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	口腔機能の向上のためのサービスを、計画的に実施していることの有無を問う項目である。 その実施していることが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○利用者ごとの口腔機能に関する課題等が記録されている文書の有無 ○口腔機能向上のためのサービス実施したことが確認できる文書(計画書等への記録)の有無 ※口腔ケア加算の有無にかかわらず実施状況の有無を記載すること。	
	36 口腔機能の向上のためのサービスの実施記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり		
	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり		

11 健康管理のための取組の状況	24 サービス提供開始時に、体温、血圧等利用者の健康状態を確認する仕組みがある。 []	37 利用者の健康管理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	サービス提供開始時に、体温や血圧など利用者の健康状態を確認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。 ○健康状態の確認方法、状態に応じたサービス提供方法、異常があった場合の対応方法等の記載のあるマニュアル等(業務マニュアルやサービス手順書等)の有無 ○利用者ごとに体温、血圧等の健康状態について記録のある文書の有無		
		38 利用者ごとの体温、血圧等健康状態の記録がある。 (その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
		(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
	25 健康状態に問題があると判断した場合には、静養、部分浴、清拭等へのサービス内容の変更を行っている。 [] 健康状態に問題があると判断した事例なし。	39 健康状態に問題があると判断した利用者について、静養、部分浴、清拭等へとサービス内容を変更した記録がある。 []	0. なし・ 1. あり		健康状態に問題があると判断した場合に、サービス提供内容の変更により、適切に対応していることの有無を問う項目である。その変更を行ったことが確認できる記録の有無を記載する。 健康状態に問題があると判断したケースが、報告対象期間内になかった場合は、「健康状態に問題があると判断した事例なし」にチェックする。	
		(その他)	[]			0. なし・ 1. あり
		(その他)	[]			0. なし・ 1. あり
26 健康状態に問題があると判断した場合には、家族や主治医等との連絡を図り、利用者の健康管理についての注意事項を確認 [] 健康状態に問題があると判断した事例なし。	40 健康状態に問題があると判断した利用者の家族、主治医等との連絡記録がある。 []	0. なし・ 1. あり	健康状態に問題があると判断した場合に、家族や主治医等から、利用者の健康管理に関する注意事項の確認やの指示に基づき、対応していることの有無を問う項目である。その対応が確認できるものとして、利用者の家族、主治医等との連絡の記録の有無を確認する。 健康状態に問題があると判断したケースが報告対象期間内になかった場合は、「健康状態に問題があると判断した事例なし」にチェックする。			
	(その他)	[]		0. なし・ 1. あり		
	(その他)	[]		0. なし・ 1. あり		
12 安全な送迎のための取組の状況	27 利用者の状況を踏まえた送迎を行うため、利用者及びその家族との打合せを行っている。 [] 送迎は実施しない。	41 利用者の状況に応じた送迎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	利用者、家族と事前に打ち合わせを行い、利用者の状態を踏まえた送迎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、次のことを記載する。 ○利用者の状態に応じた送迎の手順等(順序や段取り等)が記載されたマニュアル等の有無 ○利用者の心身の状況等を踏まえた、送迎ルートや周辺環境に関する留意事項等が記載された文書の有無 送迎そのものを実施していない場合は、「送迎は実施しない」にチェックする。		
		42 利用者の送迎に関する心身の状況、環境等についての記載がある記録がある。 []	0. なし・ 1. あり			
		(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
	28 送迎車輛への乗降及び送迎車輛内での安全の確保のために、介助のための人員を配置している。 [] 送迎は実施しない。	43 送迎の人員体制に、介助のための人員が配置されていることが確認できる文書がある。 []	0. なし・ 1. あり		送迎の際、介助の人員を配置することにより、利用者の状態に応じた安全確保のための対策を講じていることの有無を問う項目である。その対策を講じていることが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○乗降及び車内内、介助のための人員を配置して実施することが確認できる文書の有無 ○介助のための人員を配置して送迎を実施したことが確認できる文書(運転日誌等)の有無 送迎そのものを実施していない場合は、「送迎は実施しない」にチェックする。	
		44 介助のための人員の配置が確認できる運転日誌、運転記録等がある。 []	0. なし・ 1. あり			
		(その他)	[]			0. なし・ 1. あり
13 レクリエーションの実施に関する取組の状況	29 レクリエーション活動を計画的に行っている。 []	45 年間のレクリエーション計画等及びその実施記録がある。 []	0. なし・ 1. あり	レクリエーション活動を、計画的に実施していることの有無を問う項目である。その実施が確認できるものとして、レクリエーションの年間計画を記載した文書(年間行事予定表等)及び実施状況を記録した文書(実施記録や活動報告書等)の有無を記載する。		
		(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
	30 少人数又は利用者ごとのレクリエーション活動を行っている。 []	46 少人数又は利用者ごとのレクリエーション計画及び実施記録がある。 []	0. なし・ 1. あり			
		(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
14 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮の状況	31 利用者の行動範囲について、バリアフリー構造とする工夫を行っている。 []	47 床の段差、急な傾斜、鋭く角張った場所、滑りやすい床等の解消について工夫している。 []	0. なし・ 1. あり	安全性や利便性に配慮したバリアフリー構造とする工夫を行っていることの有無を問う項目である。その工夫が確認できるものとして、床の段差、急な傾斜、鋭く角張った場所、滑りやすい床等の解消の有無を記載する。		
		(その他)	[]		0. なし・ 1. あり	
15 病状の急変に対応するための取組の状況	32 利用者、病状が急に変化した時の連絡方法を示している。 []	48 利用者の病状が急に変化した時の連絡方法についての記載があるマニュアル等及び病状が急に変化した時の連絡方法についての記載がある利用者に対する説明のための文書がある。 []	0. なし・ 1. あり	利用者の病状が急に変化した時の連絡をスムーズに行うため、連絡方法を明確にするとともに、利用者に対してその方法を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、利用者の病状が急に変化した時の連絡方法についての記載があるマニュアル等及びその連絡方法について利用者に対して説明するための文書の有無を記載する。		
		(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	16 相談、苦情等の対応のための取組の状況	33 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。	49 重要事項を記した文書等利用者に交付する文書に、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、電話番号、担 当者の氏名役職が明記されていることの有無 ○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	
			50 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		
		34 相談、苦情等対応の経過を記録している。	51 相談、苦情等対応に関する記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり		相談・苦情等に、適切に対応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・苦情等を受け付けた日、具体的内容、担当者名、対応結果が記載さ れている文書(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		
		35 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。	52 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。 その説明を実施している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、対応 結果を個別に説明、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	17 介護サービスの提供状況 の把握のための取組の状 況	36 従業者は、サービスの実施状況及び目標の 達成状況を記録している。	53 当該サービスに係る計画等に、サービスの実施状況及び目 標の達成状況の記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	療養通所介護計画に定めたサービスの内容・目標について、その実施状況及び目標の達成状況を記録して いることの有無を問う項目である。 その記録が確認できる文書(通所介護計画や実施記録書等)の有無を記載する。	
			(その 他)	[] 0. なし・ 1. あり		
		37 当該サービスに係る計画の評価を行ってい る。	54 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		療養通所介護計画に定めた目標の達成状況等を把握するために、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。 その評価を実施したことが確認できるものとして、評価の記録のある文書の有無を記載する。
			(その 他)	[] 0. なし・ 1. あり		
		38 当該サービスに係る計画の見直しを行って いる。	55 見直しの結果、変更が必要な場合には、当該サービスに係る 計画に、見直した内容及び日付を記載し、変更が不要な場 合には、当該サービスに係る計画に更新日を記載している。	[] 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。 その見直しを実施したことが確認できるものとして、計画への記載の有無を記載する。 ※見直した内容及び日付を記載していること。 ※計画の変更がない場合は、計画の更新日を記載していること。
			(その 他)	[] 0. なし・ 1. あり		
	39 当該サービスに係る計画の見直しの結果、 居宅サービス計画の変更が必要と判断した 場合、介護支援専門員に提案している。	56 居宅サービス計画の変更について、介護支援専門員に提案 した記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	療養通所介護計画の見直し等の検討の結果、居宅サービス計画の変更が必要だと判断した場合に、介護支 援専門員に対して提案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、提案をした記録のある文書の有無を記載する。		
	[] 変更が必要と判断した事例なし	(その 他)	[] 0. なし・ 1. あり	居宅サービス計画の変更が必要と判断した事例がない場合には、「変更が必要と判断した事例なし」に チェックする。		

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	19 介護支援専門員等との連携の状況	40 サービス担当者会議に出席している。	57 サービス担当者会議に出席した記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	サービス担当者会議への出席により、居宅介護支援事業所や他のサービス事業所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、サービス担当者会議に出席した記録のある文書の有無を記載する。	
		(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり		
	20 主治の医師等との連携の状況	41 利用者の主治医等との連携を図っている。	58 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医の氏名等が記載されているとともに、マニュアル、運営規程等に、主治医等に連絡する場合の基準等を記載している。	58 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医の氏名等が記載されているとともに、マニュアル、運営規程等に、主治医等に連絡する場合の基準等を記載している。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の主治医、または、かかりつけ医と連携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、利用者ごとの記録等に主治医やかかりつけ医の氏名・連絡先を記載していること、及び、主治医又はかかりつけ医に連絡する場合の判断基準や手順の記載のある文書(業務マニュアルやサービス手順書等)の有無を記載する。
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
		42 利用者の病状の急変が生じた場合等に備え、主治医等と緊急時等の対応策を定めている。	59 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医とともに、緊急時等の対応策を話し合った記録がある。	59 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医とともに、緊急時等の対応策を話し合った記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の病状の急変が生じた場合等に十分な対応が取れるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、主治医とともに検討し、あらかじめ個別、具体的な対応策を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ものとして、主治医又はかかりつけ医と、緊急時の対応策について話し合ったことを記録した書の有無を記載する。
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
	43 緊急時対応医療機関を定め、あらかじめ必要な事項を取り決めている。	44 訪問看護事業所との連携を図っている。	60 緊急時対応医療機関の名称、連絡先及びあらかじめ取り決めた事項が記載された文書がある。	60 緊急時対応医療機関の名称、連絡先及びあらかじめ取り決めた事項が記載された文書がある。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者の病状等の急変等に備えるため、あらかじめ緊急対応医療機関を定め、必要な事項を取り決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ものとして、緊急時対応医療機関の名称、連絡先及びあらかじめ取り決めた事項を記載した文書の有無を記載する。
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
	[] 訪問看護利用者の事例なし	61 利用者が利用している訪問看護事業所の名称が記載され、連携をした記録がある。	61 利用者が利用している訪問看護事業所の名称が記載され、連携をした記録がある。	61 利用者が利用している訪問看護事業所の名称が記載され、連携をした記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	利用者が利用している訪問看護事業所と、連携を図っていることの有無を問う項目である。利用者が利用している訪問看護事業所の名称及び連携した記録のある文書の有無を記載する。報告対象期間内に、訪問看護を利用している利用者がいなかった場合は、「訪問看護利用者の事例なし」にチェックする。
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
	21 地域との連携、交流等の取組の状況	45 事業所の行事、催し、サービス内容等について、地域への情報提供を行っている。	62 事業所の広報誌、パンフレット等を地域に配布した記録がある。	62 事業所の広報誌、パンフレット等を地域に配布した記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	地域との連携や交流を図るため、事業所の活動内容を、地域の住民や関係機関に周知していることの有無を問う項目である。その周知活動が確認できるものとして、行事や催し、サービス内容等について掲載している広報誌やパンフレット等を地域に配布した記録の有無を記載する。
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり	
46 ボランティアを受け入れる仕組みがある。		63 ボランティア申込票、登録票、受入票等がある。	63 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の確保等のため、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体制や受入状況の記載のある文書(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	
		64 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。	64 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)	(その他)	[] 0. なし・ 1. あり				
22 地域包括支援センターとの連携の状況	47 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。	65 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。	65 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な事例の場合に、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)	(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の運営状況に関する事項	6 適切な事業運営の確保のために講じている措置	23 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	48 従業者が守るべき倫理を明文化している。	66 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、従業者が共有できるよう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		
		49 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	67 従業者を対象とした、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	倫理及び法令遵守について、従業者に対して周知するために、研修を実施していることの有無を問う項目である。 その研修を実施したことが確認できる記録の有無を記載する。		
			(その他)	[] 0. なし・ 1. あり			
		24 計画的な事業運営のための取組の状況	50 事業計画を毎年度作成している。	68 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等の有無を記載する。
			(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	25 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	51 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。	69 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に定めた文書(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へ掲載していれば「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		
			26 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	52 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討する仕組みがある。	70 現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善会議等の記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	事業所運営の向上のため、現場の従業者と幹部従業者が、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、事業所の改善課題について記載があること。 ※出席者には、現場の従業者と幹部従業者の両方が含まれていること。
				(その他)	[] 0. なし・ 1. あり		
			27 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	53 事業所の組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めている。	71 組織体制、従業者の権限、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に、組織体制、従業者の権限・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文書(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	
28 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	54 サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがある。	72 サービスに関する情報の共有についての会議、研修、勉強会、回覧等の記録がある。	[] 0. なし・ 1. あり	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に、必要な情報を従業者が共有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、サービスに関する情報の共有についての会議、研修、勉強会、回覧等の記録(共有した事柄や内容等の記録)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	29 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	55 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。	73 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	介護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。 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。 ○事故発生予防又はその再発防止についての記載のあるマニュアル等(事故防止・対応マニュアル等)の有無 ○ヒヤリ・ハット事例等を活用した事故防止等の検討記録のある文書(事例検討会議事録等)の有無 ○事故発生予防等の研修の実施及びその研修内容の記録のある文書(研修記録等)の有無 ※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ることをいう。 ※サービス提供中とは、事業所においてサービスを提供しているとき(送迎や行事・レクリエーション等による外出時を含む。)をいう。
			74 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	
			75 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	
	56 事故の発生等緊急時に対応するための仕組みがある。	76 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	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。 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。 ○事故・緊急時の具体的な対応方法を定めたマニュアルや手順書及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、緊急時連絡網等)の有無 ○事故発生等緊急時の対応に関する研修内容が記載されている研修の実施記録の有無	
			77 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
			78 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
	57 非常災害時に対応するための仕組みがある。	79 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	火災、自然災害など非常事態が発生した場合の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。 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。 ○サービス提供時の非常災害発生に対応するための手順、役割分担等が記載されているマニュアル等の有無 ○通報すべき関係機関の一覧や連携体制等の記載のある文書の有無 ○非常災害発生時の対応に関する研修の実施記録の有無 ○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	
			80 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
			81 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
	58 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。	82 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	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。 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の一覧表等の有無を記載する。 ※主治医及び家族その他の緊急連絡先が記載されていること。	
			(その他)	[]		0. なし・ 1. あり
	59 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。	83 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	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。 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。 ○感染症・食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する具体的な記載のあるマニュアル等の有無 ○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記録のある文書(事例検討会議事録等)の有無 ○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の記録のある文書(研修記録等)の有無	
			84 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
			85 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
	60 地域の医療関係団体、地域の保健・医療・福祉の専門家から構成される安全・サービス提供管理委員会を設置し、6か月に1回以上開催している。	86 地域の医療関係団体、地域の保健・医療・福祉の専門家から構成されている安全・サービス提供管理委員会が6か月に1回以上の頻度で開催されていることを示す記録がある。	[]	0. なし・ 1. あり	安全かつ適切なサービス提供を確保するため、地域の医療関係団体、地域の保健・医療・福祉の専門家から構成される安全・サービス提供管理委員会を設置し、開催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、委員会が6か月に1回以上の頻度で開催していることを示す記録の有無を記載する。	
			(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	30 個人情報の保護の確保のための取組の状況	61 事業所の業務に照らして通常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。	87 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	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とその目的を定め、それを公表していることの有無を問う項目である。 その公表している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され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。	
		(その他)	(その他)	[] 0. なし・1. あり		
		62 個人情報の保護に関する方針を公表している。	88 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		
	31 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	63 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。	89 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。	90 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
			(その他)	(その他)		[] 0. なし・1. あり
			64 当該サービスに従事する全ての新任の従業員を対象とする研修を計画的に行っている。 [] 新任者なし	91 常勤及び非常勤の全ての新任の従業員を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。		[] 0. なし・1. あり
10 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	32 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	65 当該サービスに従事する全ての現任の従業員を対象とする研修を計画的に行っている。	92 常勤及び非常勤の全ての新任の従業員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。	[] 0. なし・1. あり	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よう技術等の向上を図るため、新任の従業員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。 ○全ての新任従業員を対象とした研修計画の有無 ○全ての新任従業員を対象とする研修を実施した記録のある文書(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、現任の従業員を対象とする研修対象とした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。 ○全ての現任従業員を対象とした研修計画の有無 ○全ての現任従業員を対象とする研修を実施した記録のある文書(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。	
			(その他)	(その他)		[] 0. なし・1. あり
			93 常勤及び非常勤の全ての現任の従業員を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。	[] 0. なし・1. あり		
	33 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	66 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。	94 常勤及び非常勤の全ての現任の従業員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。	95 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。		[] 0. なし・1. あり
			(その他)	(その他)		[] 0. なし・1. あり
			67 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。	96 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。		[] 0. なし・1. あり
34 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	68 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。	69 マニュアル等は、いつでも利用可能な状態にしている。	97 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。	[] 0. なし・1. あり		
			(その他)	(その他)	[] 0. なし・1. あり	
			98 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。	[] 0. なし・1. あり		
70 マニュアル等の見直しについて検討している。	99 マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。	(その他)	(その他)	[] 0. なし・1. あり		
		(その他)	(その他)	[] 0. なし・1. あり		