

運営情報調査票：通所リハビリテーション（予防を含む）

(20XX年XX月～20XX年XX月)

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記録(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。	[ ]	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。
			(その他)	(その他)	[ ]	0. なし・1. あり		
			3 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、成年後見人等との契約を行っている又は立会人を求めている。 [ ] 事例なし	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		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。
		(その他)	(その他)	[ ]	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。	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	
		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	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。	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	利用者及び家族の希望等を踏まえ、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、希望を記載した計画、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。
				(その他)	(その他)	[ ]	0. なし・1. あり	
				6 当該サービスに係る計画には、リハビリテーションの目標を記載している。	7 当該サービスに係る計画に、リハビリテーションの目標の記載がある。	[ ]	0. なし・1. あり	通所リハビリテーション計画に、利用者ごとにリハビリテーション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リハビリテーションの目標を計画に記載していること。
(その他)	(その他)			[ ]	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	8 利用者に対して、利用明細を交付している。	9 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。	9 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、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			
		9 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。	10 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			
(その他)	(その他)	[ ]	0. なし・1. あり	※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。				

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	10 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。	11 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研修の実施記録の有無を記載する。
		(その他)	[ ] 0. なし・1. あり		
		11 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。	12 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、認知症の方に対する日常的な配慮や接し方等を記載した従業者向けのマニュアル等の有無を記載する。
		(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	12 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。	13 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の有無を問う項目である。 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	
		14 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		
		13 身体的拘束等の排除のための取組を行っている。	15 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して実施した研修の実施記録の有無
16 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				
		17 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 利用者の心身の機能等に関する初回の評価及び当該サービスに係る計画の作成の取組の状況	14 医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士その他の従業者が、当該サービスに係る計画の目標及び達成時期について、共同して作成している。	18 医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士その他の従業者が、共同して作成した、当該サービスに係る計画があり、かつその計画に目標及び達成時期の記載がある。	[ ] 0. なし・1. あり	適切なサービス計画を作成するため、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士その他の従業者が共同して、利用者ごとに目標及び達成時期について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サービス計画の有無を記載すること。 ※利用者ごとに目標及び達成時期が設定されていること。 ※計画に共同して作成した者の記載や、計画策定に当たって実施したカンファレンス会議等に他職種の者が参加した記載があること。	
		(その他)	[ ] 0. なし・1. あり		
	15 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の心身の機能に関する評価を定期的に行っている。	19 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の心身の機能に関する評価を定期的に行った記録がある。	[ ] 0. なし・1. あり	適切にリハビリテーションを実施するため、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の心身の機能に関する評価を定期的に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記録の有無を記載する。 ※一定期間ごとに実施した記録があること。	
		(その他)	[ ] 0. なし・1. あり		
16 利用者の日常生活活動及び生活環境を把握している。	20 利用者の日常生活活動及び生活環境の記録がある。	(その他)	[ ] 0. なし・1. あり	リハビリテーションの適切な実施と評価のため、利用者の日常生活活動及び生活環境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、把握した利用者の日常生活活動及び生活環境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 利用者が利用している他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況を把握している。	21 利用者が利用している他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況の記録がある。	(その他)	[ ] 0. なし・1. あり	利用者が利用している他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携を図るため、その利用状況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、把握した利用状況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		

9 計画的な理学療法、作業療法、言語聴覚訓練の取組の状況	18 利用者の全身状態(バイタルサイン、病状等)を毎回把握している。	22 利用者の病名、バイタルサイン、病状等の全身状態を、毎回把握している記録がある。	[ ] 0. なし・ 1. あり	計画的かつ安全にリハビリテーションを実施するため、利用者の病状、バイタルサイン等の全身状態を毎回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、利用する日ごとに把握した内容を記録した文書の有無を記載する。
	(その他)	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
	19 当該サービスに係る計画に従い、当該サービスを定期的に行っている。	23 当該サービスに係る計画に従い、当該サービスを定期的に行った記録がある。	[ ] 0. なし・ 1. あり	
20 必要に応じて、居宅介護支援事業所を通じて、各種の居宅サービス事業所に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。	24 必要に応じて、居宅介護支援事業所を通じて、各種の居宅サービス事業所に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している記録	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	利用者の生活機能向上を実現するため、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションの観点からの、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を、他のサービス事業所に伝達し連携を図り、介護職員等が、リハビリテーションの観点からサービスを提供できるよう働きかけ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、必要に応じて、居宅介護支援事業所を通じて、各種の居宅サービス事業所に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している記録の有無
		(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
		(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
10 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	21 利用者の家族との意見交換等を行う機会を設けている。	25 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)	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
	22 利用者の家族との交流を行っている。	26 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	
(その他)	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	[ ] 0. なし・ 1. あり	
11 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	23 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	27 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	入浴介助の質を確保するため、利用者の身体状況に応じた入浴介助を行う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。 ○入浴介助の知識や技術等の向上のための、サービス提供マニュアル等(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。
		28 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	
		(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
	24 排せつ介助について、利用者の状態に応じた仕組みがある。	29 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。	[ ] 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た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
		30 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)	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	[ ] 0. なし・ 1. あり
	25 トイレ内の安全性を確保するための仕組みがある。	31 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
32 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		
33 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		

26 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。	34 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。
	35 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	
	36 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	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。
27 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。	37 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の記録(計画書等への記録)の有無 ○栄養改善に関する計画について、利用者又は家族が、同意したことが確認できる文書(同意欄に、署名若しくは記名捺印のある文書)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 ※栄養改善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。
	38 利用者ごとの栄養ケア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	
	39 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	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。
28 口腔機能の向上のためのサービスを行っている。  [ ] 食事は提供しない。 [ ] 食事は提供するが、事例なし。	40 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の記録(計画書等への記録)の有無 ○口腔機能改善に関する計画について、利用者又は家族が、同意したことが確認できる文書(同意欄に、署名若しくは記名捺印のある文書)の有無 ○口腔機能向上のためのサービスの実施記録(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。
	41 利用者ごとの口腔機能改善のための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	
	42 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	
12 健康管理のための取組の状況	29 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。	[ ] 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した文書の有無
	43 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	
	44 利用者ごとの体温、血圧等健康状態の記録がある。	[ ] 0. なし・ 1. あり	
	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
30 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。	45 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は、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。
	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	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。
	46 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は、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。
	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	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。
13 安全な送迎のための取組の状況	32 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。	47 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)を記載し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を記載した文書の有無 そもそも送迎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。
	48 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	
	33 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。	49 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、送迎を実施することを記載した文書の有無 ○介助のための人員を配置して送迎を実施したことを記録した文書(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。
50 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		
14 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮の状況	34 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。	51 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を行っている。 [ ] 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を実施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(相談しやすい環境の整備や、相談内容が、受け付けた者から務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。 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		
	(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 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。	56 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	サービス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確認し、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、サービス計画書等に、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		
			(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 当該サービスに係る計画の見直しを行って いる。	58 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、計画の見直しを定期的に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、見直しの結果、変更が必要な場合には、見直した内容及び日付を記載した計画書の有無を記載する。 また、変更が不要な場合については、見直しを行った日付を記載した計画書の有無を記載する。	
	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり				
41 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(介護予防サービス計画) の変更が必要と判断した場合、介護支援専 門員(介護予防支援事業所等)に提案して いる。 [ ] 変更が必要と判断した事例なし	59 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、 介護支援専門員(介護予防支援事業所等)に提案した記録が ある。	[ ] 0. なし・ 1. あり	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。 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。			
(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 介護支援専門員等との連携の状況	42 サービス担当者会議に出席している。	60 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)	[ ] 0. なし・ 1. あり			
	19 主治の医師等との連携の状況	43 利用者の主治医等との連携を図っている。	61 主治医等との連携を図った記録がある。	[ ] 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、主治医やかかりつけ医と連携したことを記録した文書(アセスメント記録等)の有無を記載する。	
		(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり			
	20 地域との連携、交流等の取組の状況	44 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。	[ ] 0. なし・ 1. あり	地域との連携や交流を図り、理解と協力関係を構築するため、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)	[ ] 0. なし・ 1. あり		
		45 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。	[ ] 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。	[ ] 0. なし・ 1. あり		
	(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり				
21 地域包括支援センターとの連携の状況	46 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。	[ ] 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)	[ ] 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	22 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	47 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		
		48 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			
		23 計画的な事業運営のための取組の状況	49 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			
	24 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	50 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				
	25 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	51 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				
	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	26 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	52 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規定等(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			
	27 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	53 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	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に、必要な情報を従業者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、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	28 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	54 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、事故防止等の検討をした記録(事例検討会議事録等)の有無 ○事故発生予防等に関して実施した研修の実施内容の記録(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		
			55 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して実施した研修の実施内容の記録(研修記録等)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	
			56 非常災害時に対応するための仕組みがある。	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	火災、自然災害など非常事態が発生した場合の具体的な対応方法を定めるなど、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、役割分担等を定めた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を記載した文書の有無 ○非常災害発生時の対応に関して実施した研修の実施記録の有無 ○非常災害時の避難、救出等に関して実施した訓練の実施記録(防災訓練実施記録等)の有無
				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	
				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	
			57 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を記載した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	
			58 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して、具体的に記載した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内容を記録した文書(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して実施した研修の実施内容の記録(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			
9 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	29 個人情報の保護の確保のための取組の状況	59 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。	86 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。	
			(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり		
			60 個人情報の保護に関する方針を公表している。	87 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	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。 そのことが確認できるものとして、次のことを記載する。 ○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 ○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
				88 個人情報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。	[ ] 0. なし・ 1. あり	
				(その他)	[ ] 0. なし・ 1. あり	
			30 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	61 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 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)	[ ] 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	31 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	62 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。	90 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。	[ ]	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よう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。</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>○全ての新任従業者を対象とした研修計画の有無</p> <p>○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</p> <p>※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>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。</p>		
		[ ] 新任者なし	91 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。	[ ]	0. なし・ 1. あり			
		(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり				
		63 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。	92 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。	[ ]	0. なし・ 1. あり		<p>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。</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>○全ての現任従業者を対象とした研修計画の有無</p> <p>○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</p> <p>※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>	
		[ ] 新任者なし	93 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。	[ ]	0. なし・ 1. あり			
		(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり				
	32 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	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。	94 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	<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。</p> <p>その仕組み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。</p>		
		(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり				
		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。	95 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			<p>サービス提供の質を向上させるため、定期的なその内容について、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。</p> <p>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、具体的な結果を記録した文書の有無を記載する。</p> <p>※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、手続き等全般を指す。</p>
		(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり				
		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。	96 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		<p>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。</p> <p>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程、または、検討した会議等の記録の有無を記載する。</p>	
		(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり				
33 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	67 マニュアル等は、いつでも利用可能な状態にしている。	97 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	<p>マニュアル等(業務マニュアルやサービス手順書等)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。</p> <p>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>			
	(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり					
	68 マニュアル等の見直しについて検討している。	98 マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。	[ ]	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、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>		
	(その他)	[ ]	0. なし・ 1. あり					