|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

1　土地・施設・設備の状況

（1）土地

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自己所有地 | 　 | ㎡ |  |  |  |
| 借　　　　 地 |   | ㎡ | ⇒ | 所有者 |  |
| 計 | 　 | ㎡ |  |  |  |

（2）建物

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設認可年月 |  |  | 年 |  | 月 | 工事内容 |
| 事業開始年月 |  |  | 年 |  | 月 |
| 直近の増築年月 |  |  | 年 |  | 月 |  |
| 直近の大規模改修年月 |  |  | 年 |  | 月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 介護保険基準第177条基準第11条第３項 |
| 区　分 | 室数 | 延床面積（㎡） | 他施設と兼用状況（その施設種別） | 区　分 | 室数 | 延床面積（㎡） | 他施設と兼用状況（その施設種別） |
| 居室 | 1人室 |  | 　 | 　 | 調理室 |  |  | 　 |
|  | 2人室 |  | 　 | 　 | 宿直室 |  |  | 　 |
|  | 3人室 |  | 　 | 　 | 職員室 |  |  | 　 |
|  | 4人室 |  | 　 | 　 | 面談室 |  |  | 　 |
|  | 　人室 |  |  | 　 | 洗濯室又は洗濯場 |  |  | 　 |
| 経過措置適用 |[ ]  有 |[ ]  無 | 汚物処理室 |  |  |  |
| 静養室 | 　 |  | 　 | 霊安室 |  |  |  |
| 食堂 | 　 |  | 　 | 事務室 |  |  |  |
| 集会室 |  |  |  | その他（　　 　　　） |  |  |  |
| 浴　　　室 |  | 　 | 　 | その他（　　 　　　） |  |  |  |
| 洗面所 | 　 |  | 　 |  |  |  |  |
| 便所 | 　 |  | 　 | 廊下幅 | 片廊下 |  | m |
| 医務室 | 　 |  | 　 |  | 中廊下 |  | m |

注１）区分については必要に応じ追加してください。

２　施設の設置者について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神戸市基準条例第14条

居宅サービス条例第4条

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特別養護老人ホームの設置を行う社会福祉法人は，暴力団員等(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員(以下「暴力団員」という。)又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいう。)がその事業活動を支配していませんか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

３　職員の配置状況

介護保険基準第175，176条

（1）職員数 【配置基準の算出の際の入所者数：　　　　名】 　　　　　　　　基準第12条

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 当年度 | 前年度 |
| 配置基準数 | 6月1日時点の職員数 | 常勤職員年度中の | 兼務している場合の事業所名等 | 常勤職員年度中の |
| 常勤 | 非常勤 |  | 合計 | 採用 | 退職 | 採用 | 退職 |
| 常勤換算 |
| 施設長 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活相談員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支援員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注１）配置基準数については、養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年7月1日厚生省令19号）第12条の規定により記入してください。

注２）常勤換算の方法については、養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年7月1日厚生省令19号）第12条の規定により記入してください。

注３）兼務職員の場合は、主たる職種の欄により記入してください。(例：非常勤の看護職員兼機能訓練指導員で看護が主→看護職員欄)

注４）年度中退職者は、定年、自己都合、死亡、解雇等すべてについて、実人数を記入してください。

（2）夜間宿直体制の状況　　　　　　　　　　　　　　　基準第12条第１１項,防火安全対策強化通知5(2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①宿直形態 |[ ]  事務職員 |  |[ ]  夜間専門宿直員 |
|  |[ ]  業務委託 | ⇒委託先： |  |
|  |[ ]  その他⇒ |  |
| ②宿直人数 |  | 人 |  |  |  |
| ③業務時間 |  | 時 |  | 分 | ～ |  | 時 |  | 分 |
| ④業務日誌はありますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
| ⑤夜勤者とは別の宿直者を配置していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
| ⑥喀痰吸引を行える職員を配置していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |

４　入所者の状況

 (1) 要介護度の状況（当年度６月１日現在）

介護保険基準第11条（基準第192条より準用），第132条（基準第192条より準用），第183条，第185条，第186条

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護認定 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ | 合　　　計 |
| 人　　数 |  |  |  |  |  |  |
| 割合(%) |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証により受給資格の確認を行っていますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

 （2）医療的ケアの状況（当年度６月１日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 現員 | 受入上限数 |
| 喀痰吸引 |  |  |
| 経管栄養 |  |  |

 注）一時的に入院している利用者も加えてください。

（3）食事の提供時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第17条

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
| 提供時間 | 時 　分～ 　時 　分 | 時 　分～ 　時 　分 | 時 　分～ 　時 　分 |

注）概ねの提供時間を記入してください。

（4）健康管理の状況（健康診断）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第20条

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 実施の有無 | 実施日 |
| 入所時健康診断を実施していますか |[ ]  いいえ |[ ]  はい |  |
| 定期健康診断（２回/年以上）を実施していますか |[ ]  いいえ |[ ]  はい　⇒ |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

（5）入浴の状況　　　　　　　　 基準第18条第7項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | ２回/週　以上（人） | ２回/週　未満（人） |
| 一般浴 |  |  |
| 中間浴 |  |  |
| 特殊浴 |  |  |

　　注1）当年度５月の第１週から第４週までの週平均の入浴回数で算出してください。

　　注2）中間浴、特殊浴用の浴槽がない場合は斜線を、該当者がいない場合は0人としてください。

５　各種委員会等の運営状況

介護保険基準第184条（基準第192条より準用）

（1）特定施設サービス計画に係る会議　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第15条

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計画作成担当者（実際に施設サービス計画の作成に当たっている者を記入すること。） | 職　名 | 氏　　　　　名 | 担当件数 |
|  | 　生活相談員 | 　 |  | 件 |
|  | 　 | 　 |  | 件 |
|  | 　 | 　 |  | 件 |
| アセスメントを実施していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
|  |  |  |  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 　 |
| サービス担当者会議(ケアカンファレンス)の開催状況 | 参加職種 |[ ]  施設長 |[ ]  事務長 |[ ]  医師 |[ ]  生活相談員 |
|  |  |[ ]  支援員 |[ ]  看護職員 |[ ]  栄養士 |
|  |  |[ ]  その他 | （ | ） |
|  | 開催頻度 | 月　　　　　　 |  | 回 | （週 | 回 ） |
| 施設サービス計画の原案についての入所者（又は家族）の同意等 | 同意を得ていますか |[ ]  はい（ [ ] 口頭　　[ ] サイン　[ ] その他） |[ ]  いいえ |
|  | 計画を交付していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
| モニタリングを実施していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  |  |
| 施設サービス計画を変更していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  |  |

介護保険基準第104条（基準第192条より準用）

（2）感染対策委員会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第24条第2項

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染対策委員会を設置していますか |[ ]  はい | 構成委員 |[ ]  管理者 |[ ]  事務長 |[ ]  医師 |[ ]  生活相談員 |
|  |  |  |  |[ ]  支援員 |[ ]  看護職員 |[ ]  栄養士 |  |  |
|  |[ ]  いいえ |  |[ ]  その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ） |
| 感染対策担当者氏名（職名） | 　 　 　　 　　　 | （　 |  | ） |
| 委員会開催頻度（前年度実績） | 年 |  | 回 |  |  |  |
|  | ＊基準：概ね3月１回以上 |  |  |  |
| 全従業者に委員会の結果を周知していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  | ） |
| 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策定していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
| 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開催回数（前年度実績） | 年 |  | 回 |  |  |
|  | ＊基準：定期的に |  |  |
| 感染症及び食中毒発生時の報告先を把握していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  |  |

 介護保険基準第37条（基準第192条より準用）

（3）事故防止検討委員会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 基準第29条

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故防止検討委員会を設置していますか |[ ]  はい | 構成委員 |[ ]  管理者 |[ ]  事務長 |[ ]  医師 |[ ]  生活相談員 |
|  |  |  |  |[ ]  支援員 |[ ]  看護職員 |[ ]  栄養士 |  |  |
|  |[ ]  いいえ |  |[ ]  その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ） |
| 安全対策担当者氏名氏名（職名） | 　 　 　　 　　　 | （　 |  | ） |
| 委員会開催頻度（前年度実績） | 年 |  | 回 |  |  |  |
| 全従業者に再発防止策を周知していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  |  |
| 事故発生防止のための指針を策定していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |
| 事故発生の防止のための研修の開催回数（前年度実績） | 年 |  | 回 |  |  |  |
|  | ＊基準：定期的に |  |  |  |
| 事故発生時の報告先を把握していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |  |  |

６　高齢者虐待防止の取り組み状況

（1）高齢者虐待防止など利用者への接遇に係る委員会等

高齢者虐待防止など利用者への接遇に係る委員会を実施していますか（前年度）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者への接遇に係る委員会を設置していますか |[ ]  はい | 構成委員 |[ ]  管理者 |[ ]  事務長 |[ ]  医師 |[ ]  看護職員 |
|  |  |  |  |[ ]  介護職員 |[ ]  栄養士 |[ ]  生活相談員 |  |  |
|  |[ ]  いいえ |  |[ ]  その他 |  | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ） |
| 委員会開催頻度（前年度実績） | 年 |  | 回 |  |  |  |

（2）過去の虐待事案（疑いを含む。）とその内容・対応

これまでに高齢者虐待事案（疑いを含む）がありましたか（過去３年間）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有 |[ ]  →下表に記入してください。 | 無 |[ ]
| 事案内容 | 時期（年月日） | 具体的な内容と対応 |
|  |  |  |
|  |  |  |

７　医療に関する状況

介護保険基準第191条

（1）医務室の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第11条第4項第5号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療法上の許可を得ていますか |[ ]  はい⇒ | 許　可年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 第 |  | 号 |[ ]  いいえ |
| 保険医療機関の指定を受けていますか |[ ]  はい⇒ | 指　定年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |[ ]  いいえ |

介護保険基準第185条,第186条,第37条(基準第192条より準用)

（2）医薬品使用介助の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準第21条、医薬品使用介助通知

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者の医薬品の保管 | 場　　　　所 |[ ]  医務室 |[ ]  その他 |
|  | 施錠していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| 医薬品の個人別仕分け | 担当者職氏名（又は薬局名） |[ ]  調剤薬局⇒薬局名： |  |
|  |  |[ ]  施設職員⇒ |
|  | 実施場所 |[ ]  医務室 |[ ]  その他 |
| 服薬時の配薬仕分け | 担当者職氏名 |  | ( |  | ) |
|  | 実施場所 |[ ]  医務室 |[ ]  その他 |
| 配薬時の確認の有無、方法、記録の有無 | 確認していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 確認方法 |  |
|  | 記録していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| 服薬後の確認の有無、方法、記録の有無 | 確認していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 確認方法 |  |
|  | 記録していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

８　入所者預り金の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　 基準第9条第2項

（1）利用者預り金に関する規程はありますか

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  はい |[ ]  いいえ |

（2）利用者預り金の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 預かり区分 | 預かり人員 | 保管場所 | 鍵の保管者職・氏名 | 点検者の職・氏名 |
| 現　　金 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| 通　　帳 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| 印　　鑑 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| 預かり金の中で最高額は | 　　 | 円 |

（3）預り金に係る費用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 預り金の出納管理に係る費用を利用者等から徴していますか |[ ]  無 |  |
|  |[ ]  有⇒ |  | 円/ |[ ]  月 |[ ]  日 |
|  |  |  | 徴収額を運営(管理)規程に記載していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  |  |  | 徴収額を重要事項説明書に記載していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

（4）手続き

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保管依頼・入金 | 利用者本人から保管依頼書（契約書）を徴していますか。 |[ ]  無 |  |  |
|  |  |[ ]  有⇒ | 保管内容、入出金の委任事項を明示していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 入金時、入金の意思を確認できる書面（入金依頼書等）を徴していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 預り証を発行していますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 入金時、複数の職員が立ち会っていますか |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
|  | 家族等、本人以外に出金することがありますか |[ ]  無 |  |  |  |
|  |  |[ ]  有⇒ | 利用者本人の同意（書面によることが望ましい。）又は本人立会等の配慮がなされていますか  |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

９　防犯対策　　　　　　　社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について（H28.9.15通知）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①施設等利用者の安全管理に関して、職員の役割を明確にし、万一の場合の避難場所、保護者・家族、関係機関等への連絡方法を職員に周知していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ②市、警察署、関係機関、近隣の施設や民生委員・児童委員、地域団体と連絡をとり連携して情報を共有できる体制になっていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ③門、窓、避難口、鍵等施設・設備面における安全性の確認を行っていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ④来訪者用の入口・受付を明示し、外部からの人の出入りを確認していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑤施設外活動においては、事前に危険な場所や設備を把握して安全に留意していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑥上記の他、不審者対策訓練など防犯対策を講じていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

10　苦情解決の取組み　　　　　　　　　　　　　　　 社会福祉法第82条

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①苦情解決規程を整備する等、苦情解決の手続きを明確にしていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ②苦情解決責任者、苦情受付担当者を任命していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ③第三者委員を任命していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ④当該施設における苦情解決制度の概要（苦情解決の仕組み、苦情解決責任者・苦情受付担当者の氏名、第三者委員の氏名・連絡先、第三者委員に直接苦情を申し立てできる旨等）を施設のわかりやすい場所に掲示する等により、利用者に周知していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑤利用者等から苦情を受け付けたときは、第三者委員への連絡の要否、話し合いにおける第三者委員の立ち会いの要否を含め、苦情内容や申立者の希望等を確認し記録に残していますか（苦情がない場合は、苦情が生じた際に、そうすることになっていますか）。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑥苦情受付担当者は、苦情受付から解決に至るまでの過程と結果を書面に記録していますか（苦情がない場合は、苦情が生じた際に、そうすることになっていますか）。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑦苦情受付担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者及び第三者委員（苦情申立人が明確に拒否をした場合を除く）に報告していますか（苦情がない場合は、苦情が生じた際に、そうすることになっていますか）。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑧苦情解決責任者は、一定期間毎に苦情解決結果を第三者委員に報告していますか。また、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に報告していますか（苦情がない場合は、苦情が生じた際に、そうすることになっていますか）。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑨利用者等からのサービスに係る苦情内容及び解決結果の定期的な公表を行っていますか（苦情がない場合は、苦情が生じた際に、そうすることになっていますか）。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |

11　職員の処遇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①就業規則は、職員代表等の意見を聴くとともに、理事会の審議を経て整備をし、作成・改正ごとに所轄労働基準監督署に遅滞なく届け出ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ②就業規則は、常時事業所の見やすい場所に掲示、備え付け、書面の交付等により職員に周知されていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ③通勤手当、食堂の利用、安全管理等について、正規社員と非正規社員との間に不合理な待遇差がありませんか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ④育児・介護休業を最新の法改正をふまえて、適正に定めていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑤給与規程は、職員代表の意見を聴くとともに理事会の審議を経て整備され、作成・改正ごとに所轄労働基準監督署に遅滞なく届け出ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑥時間外勤務命令簿等を整備するなど、時間外勤務時間の正確な把握に努めていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑦法定時間外労働及び法定休日労働を行わせる場合は、職員代表と書面による協定を締結し、所轄労働基準監督署に遅滞なく届け出ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑧１年単位の変形労働時間制を採用する場合は、労使協定を締結し、所轄労働基準監督署に届け出ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑨職員を宿直又は日直の業務で断続的な業務に就かせる場合、所轄労働基準監督署の許可を得ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑩職員（非常勤職員・嘱託職員等含む）の採用に当たって、労働条件が明示されていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑪常時使用する職員を採用するときは、必要な項目について医師による健康診断を行っていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑫労働安全衛生関係[職員数が常時50人以上の施設]ア　衛生管理者及び産業医を選任し、所轄労働基準監督署に届け出ていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| イ　衛生委員会を設置し、労働安全衛生法の規定のとおり運営していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ウ　定期健康診断の結果について、所轄労働基準監督署に報告していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| [職員数が常時10人以上50人未満の施設]エ　衛生推進者を選任していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑬職員の健康診断ア　職員の定期健康診断を１年に１回以上実施していますか。また、夜間勤務職員がいる場合は、６か月に１回以上実施していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| イ　非常勤職員、パート職員についても、適正に実施していますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ウ　健康診断の項目は、労働安全衛生規則第44条に定める項目によっていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| エ　介護業務に従事する職員については、雇入れの際、当該業務への配置換えの際及びその後6か月ごとに１期、腰痛にかかる健康診断を行っていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑭職場におけるハラスメント防止対策を強化しているか。※100人超の事業主については義務となりました。100人以下の事業主は努力義務です。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑮業務体制の確立と業務の省力化（ICTの導入など）の推進のための努力がなされていますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |
| ⑯職員の定着化に向けて取り組まれていることがありますか。 |[ ]  はい |[ ]  いいえ |