



# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目   | 確 認 事 項  | 左の結果 |     | 備 考 |
|---|--|------|-----|-----|
|   |  | A    | B   |     |
| 3 立地条件  | 3 立地条件   |      |     |     |
|   | (1) 事業の用に供する土地および建物に、事業以外の目的による抵当権その他有料老人ホーム事業を制限する権利がないか。   | ない   | ある  |     |
|   | (2) 借地により有料老人ホームを設置しているか。                                    | いる   | いない |     |
|   | ア 有料老人ホーム事業のための借地である旨及び地主は有料老人ホーム事業の継続について協力する旨契約書上明記されているか。 | いる   | いない |     |
|   | イ 建物の登記をする等法律上の対抗要件があるか。                                     | ある   | ない  |     |
|   | ウ 当初契約期間が30年以上であるか。  | ある   | ない  |     |
|   | エ 自動更新条項が契約書に記載されているか。                                       | いる   | いない |     |
|   | オ 無断譲渡、転貸の禁止条項が契約書に記載されているか。                                 | いる   | いない |     |
|   | カ 増改築の禁止特約がないか。  | ない   | ある  |     |
|   | キ 賃料改定の方法が長期間にわたり定まっているか。                                    | いる   | いない |     |
|   | ク 相続、譲渡等により土地所有者が変更になった場合、契約が新たな所有者に承継される旨が契約書に記載されているか。     | いる   | いない |     |
|   | ケ 借地人に著しく不利な契約条件が定められていないか。                                  | いない  | いる  |     |
|   | (3) 借家により有料老人ホームを設置しているか。                                    | いる   | いない |     |
|   | ア 有料老人ホーム事業のための借家である旨及び家主は有料老人ホーム事業の継続について協力する旨契約書上明記されているか。 | いる   | いない |     |
|   | イ 当初契約期間が20年以上であるか。  | ある   | ない  |     |
|   | ウ 契約更新後の契約期間を定めた自動更新条項が契約書に記載されているか。                         | いる   | いない |     |
|   | エ 無断譲渡、転貸の禁止条項が契約書に記載されているか。                                 | いる   | いない |     |
|   | オ 賃料改定の方法が長期間にわたり定まっているか。                                    | いる   | いない |     |
|   | カ 相続、譲渡等により建物所有者が変更になった場合、契約が新たな所有者に承継される旨が契約書に記載されているか。     | いる   | いない |     |
|   | キ 建物の賃借人である設置者に著しく不利な契約条件が定められていないか。                         | いない  | いる  |     |
| ク 入居契約期間が終身である場合には、建物の優先買取権が契約書に記載されているか。   | いる   | いない  |     |     |
| (4) 借地・借家等の契約関係が複数になる場合にあつては、土地信託方式、生命保険会社による新借地方式及び実質的には二者間の契約関係と同一視できる契約関係であつて当該契約関係が事業の安定に資する等やむを得ないと認められるか。 | はい   | いいえ  |     |     |
| (5) 定期借地・借家契約による場合には、入居者との入居契約の契約期間が当該借地・借家契約の契約期間を超えていないか。   | いない  | いる   |     |     |



# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bのいずれにも○をつけないで下さい。

| 項目  | 確認事項   | 左の結果     |           | 備考 |            |   |   |  |  |  |
|---|--|----------|-----------|----|------------|---|---|--|--|--|
|   |  | A        | B         |    |            |   |   |  |  |  |
| 4 規模及び構造設備  | イ 介護居室及び一時介護室<br>(ア) 個室であり、界壁（遮音上有効な壁）により区分されているか。<br>入居者が夫婦等である場合に認められる、二人利用の居室の整備はあるか。   | いる<br>ある | いない<br>ない |    |            |   |   |  |  |  |
|   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 150px;">個室（一人利用）</td> <td style="width: 50px;">室</td> <td style="width: 50px;">名</td> </tr> <tr> <td>夫婦用等（二人利用）</td> <td>室</td> <td>名</td> </tr> </table> | 個室（一人利用） | 室         | 名  | 夫婦用等（二人利用） | 室 | 名 |  |  |  |
|   | 個室（一人利用）   | 室        | 名         |    |            |   |   |  |  |  |
|   | 夫婦用等（二人利用）   | 室        | 名         |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (イ) 1室当たりの床面積は、18㎡（収納スペース、トイレ及び洗面設備等を除いた有効面積は13.2㎡）以上あるか。  | ある       | ない        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (ウ) 二人利用である居室の床面積は、23.45㎡以上あるか。  | ある       | ない        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (エ) 二人利用である居室の場合は、居室内のベッドから廊下までの出入り口の幅は1.2mの広さと空間があるか。   | ある       | ない        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (オ) 室内に収納設備等が設けられている場合、介護サービスの提供、車いすの使用、緊急時の対応等に支障がないか。  | ない       | ある        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (カ) 緊急通報装置を備えているか。   | いる       | いない       |    |            |   |   |  |  |  |
|   | (キ) 地下室に設けていないか。   | いない      | いる        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | ウ 汚物処理室、看護・介護職員室（スタッフルーム）は、建物階層に応じ各階ごとに設置されているか。   | いる       | いない       |    |            |   |   |  |  |  |
|   | エ 機能訓練室は、機能訓練を行うために適当な広さと設備があるか。   | ある       | ない        |    |            |   |   |  |  |  |
|   | オ 医務室を設置する場合には、医療法施行規則に規定する診療所の構造設備の基準に適合しているか。  | いる       | いない       |    |            |   |   |  |  |  |
|   | カ 要介護者が使用する浴室は、身体の不自由な者が入浴するのに適した構造設備であるか。   | ある       | ない        |    |            |   |   |  |  |  |
| キ 便所には緊急通報装置があるか。   | ある   | ない       |           |    |            |   |   |  |  |  |
| ク 便所は身体が不自由な者が使用するのに適した構造設備であるか。  | ある   | ない       |           |    |            |   |   |  |  |  |
| ケ 介護居室内に便所を設置しない場合は、居室のある階ごとに居室に近接して設置してあるか。  | ある   | ない       |           |    |            |   |   |  |  |  |
| コ 介護居室のある区域の廊下の幅は、県指針に適合しているか。<br>原則は内法で1.8m以上。ただし、片廊下であり、待避スペースとして有効なアルコープ等を設けた場合は1.5m以上とすることができる。   | いる   | いない      |           |    |            |   |   |  |  |  |
| サ 廊下の壁面に手摺りはあるか。  | ある   | ない       |           |    |            |   |   |  |  |  |
| シ 階段には手摺りがあり、傾斜が緩やかであるか。  | ある   | ない       |           |    |            |   |   |  |  |  |
| (7) 高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）の施行（平成23年10月20日）の際現に改正法による改正前の高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条に規定する高齢者円滑入居賃貸住宅の登録を受けている高齢者専用賃貸住宅であったか。<br><br>(登録を受けていた場合、(1)、(5)及び(6)の基準を適用しない) | あった  | なかった     |           |    |            |   |   |  |  |  |

# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bのいずれにも○をつけないで下さい。

| 項目         | 確認事項  | 左の結果  |  | 備考                         |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
|------------|---|---|--|----------------------------|--|--|-----|---|--|-------|---|-------|---|------|-------|---|-----|---|------|-------|---|-----|---|------|-------|---|----|---|------|-------|---|---|--|--|
|            |   | A   | B  |                            |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 4 規模及び構造設備 | <p>(8) 既存の建築物を転用の上、開設される施設や定員9人以下の施設で、(6)の基準を満たすことが困難な場合、次のいずれかの基準に合致しているか。</p> <p>ア 以下の基準を満たすものであること</p> <p>(ア) すべての居室が個室である。</p> <p>(イ) 基準を満たしていない事項について、重要事項説明書等により入居者等に説明がなされている。</p> <p>(ウ) 次のいずれかに適合していること</p> <p>① 基準を満たした場合と同等の効果が認められる代替の措置が講じられている。(職員による廊下移動の介助等)</p> <p>② 基準に適合させる改善計画を策定し、入居者へ説明を行っている。</p> <p>イ 建物の構造について、文書により入居者等に対し説明がなされており、事業運営の透明性や適切な運営体制が確保されている。</p>   | <p>いる</p> <p>ある</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> | <p>いない</p> <p>ない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> |                            |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 5 職員の配置等   | <p>5 職員の配置等</p> <p>(1) 職員の配置</p> <p>ア (ア) 職員の配置状況(医師や看護師等の資格を有する者等(以下「有資格者等」という)が常駐する場合)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>現員</th> <th colspan="3">( )内は常勤換算後の人数(小数点二桁目を四捨五入)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>名</td> <td></td> <td>内有資格者</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>生活相談員</td> <td>名</td> <td>( 名)</td> <td>内有資格者</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table> <p>(サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成23年厚生労働省・国土交通省令第2号)第11条第1号の規定に基づく状況把握サービス及び生活相談サービスを提供する職員。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>栄養士</td> <td>名</td> <td>( 名)</td> <td>内有資格者</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>調理員</td> <td>名</td> <td>( 名)</td> <td>内有資格者</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>名</td> <td>( 名)</td> <td>内有資格者</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table> <p>(イ) 職員の配置状況(有資格者等が常駐しない場合)</p> <p>①すべての入居者からあらかじめ有資格者等が常駐しないことへの承諾を得ているか。</p> <p>②居住部分への訪問、電話等のその他の適切な方法により1日1回以上の状況把握サービスの提供を行っているか。</p> <p>③各居住部分に緊急通報装置を設置しているか。</p> <p>④夜間を除き、生活相談サービスを電話その他の適切な方法により提供しているか。</p> <p>⑤入居者の健康状態、要介護状態等を踏まえ、入居者の処遇に支障がある場合は有資格者等を配置しているか。</p> | 職種  | 現員   | ( )内は常勤換算後の人数(小数点二桁目を四捨五入) |  |  | 管理者 | 名 |  | 内有資格者 | 名 | 生活相談員 | 名 | ( 名) | 内有資格者 | 名 | 栄養士 | 名 | ( 名) | 内有資格者 | 名 | 調理員 | 名 | ( 名) | 内有資格者 | 名 | 合計 | 名 | ( 名) | 内有資格者 | 名 | <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> | <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> |  |
| 職種         | 現員  | ( )内は常勤換算後の人数(小数点二桁目を四捨五入)                                  |  |                            |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 管理者        | 名   |   | 内有資格者  | 名                          |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 生活相談員      | 名   | ( 名)  | 内有資格者  | 名                          |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 栄養士        | 名   | ( 名)  | 内有資格者  | 名                          |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 調理員        | 名   | ( 名)  | 内有資格者  | 名                          |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |
| 合計         | 名   | ( 名)  | 内有資格者  | 名                          |  |  |     |   |  |       |   |       |   |      |       |   |     |   |      |       |   |     |   |      |       |   |    |   |      |       |   |   |  |  |

# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目   | 確 認 事 項   |     |                              |       | 左の結果 |    | 備 考 |  |
|---|---|-----|------------------------------|-------|------|----|-----|--|
|   |   |     |                              |       | A    | B  |     |  |
| 5 職員の配置等  | 職 種   | 現 員 | ( ) 内は常勤換算後の人数 (小数点二桁目を四捨五入) |       |      |    |     |  |
|   | 管理者   | 名   |                              | 内有資格者 | 名    |    |     |  |
|   | 生活相談員   | 名   | ( 名)                         | 内有資格者 | 名    |    |     |  |
|   | (国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則の一部を改正する省令<br>(令和4年厚生労働省・国土交通省令第2号)第11条関係状況把握サービス及び生活相談サービスの<br>基準の柔軟な取扱いについて) |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | 栄養士   | 名   | ( 名)                         | 内有資格者 | 名    |    |     |  |
|   | 調理員   | 名   | ( 名)                         | 内有資格者 | 名    |    |     |  |
|   | 合計  | 名   | ( 名)                         | 内有資格者 | 名    |    |     |  |
|   | イ 夜間の介護、緊急時に対応できる数の職員を配置しているか。  |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | 勤務体制 ・宿 直 ・交替制  |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | 夜間勤務時間 時 分 ～ 時 分  |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | 勤務人数 人  |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | ウ 介護サービスを提供する施設の場合には上記の他、提供する介護サービスの内容に応じ、次によること。   |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | (ア) 要介護者等を直接処遇する職員(介護職員及び看護職員をいう。以下「直接処遇職員」という。)については、<br>介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制であるか。                            |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | (イ) 看護職員は入居者の健康管理に必要な数を配置しているか。<br>ただし、看護職員として看護師の確保が困難な場合には、准看護師を充てることのできる。                                      |     |                              |       |      |    |     |  |
|   | (ウ) 管理者等介護サービスの責任者の地位にある者は、高齢者の介護について知識、経験を有する者であるか。  |     |                              |       |      |    |     |  |
| (エ) 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有しているか。   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| (オ) 介護保険対象外の介護サービスを行う場合、このサービスに見合う数の直接処遇職員を別途配置しているか。   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| (2) 職員の研修   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| ア 職員採用時に研修を実施しているか。   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| イ 採用後、定期的に研修を実施しているか。   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| ウ 生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する<br>知識及び技術、作業手順について研修を行っているか。   |   |     |                              |       |      |    |     |  |
| エ 介護に直接携わる職員(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で<br>定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な<br>措置を講じること。※令和6年3月31日まで経過措置あり |   |     |                              |       |      |    |     |  |
|   |   |     |                              |       |      | いる | いない |  |
|   |   |     |                              |       |      | ある | ない  |  |
|   |   |     |                              |       |      | いる | いない |  |
|   |   |     |                              |       |      | ある | ない  |  |
|   |   |     |                              |       |      | いる | いない |  |
|   |   |     |                              |       |      | いる | いない |  |
|   |   |     |                              |       |      | いる | いない |  |

# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目     | 確 認 事 項  | 左の結果  |   | 備 考 |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
|---------|--|---|---|-----|--|-------|--|--|--|----|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------|-----------------------|--|
|         |  | A   | B   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
|         | <p>オ 研修状況（ 年度）</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 80%;"> <tr> <td style="width: 15%;">研修名</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>実施年月日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>職種</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(3) 職員の衛生管理</p> <p>ア 職員採用時に健康診断を実施しているか。</p> <p>イ 職員の健康診断を毎年定期的実施し、就業中の衛生管理について十分な点検を行っているか。</p> <p style="margin-left: 40px;">職員健康診断実施年月日      年    月    日</p> | 研修名   |   |     |  | 実施年月日 |  |  |  | 職種 |  |  |  | 研修人員 |  |  |  | 研修時間 |  |  |  | <p>いる</p> <p>いる</p> | <p>いない</p> <p>いない</p> |  |
| 研修名     |  |   |   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
| 実施年月日   |  |   |   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
| 職種      |  |   |   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
| 研修人員    |  |   |   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
| 研修時間    |  |   |   |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |
| 6 事業の運営 | <p>6 事業の運営</p> <p>(1) 管理規程等は制定されているか。(下記項目が明記されているか。)</p> <p>ア 入居者の定員</p> <p>イ 利用料</p> <p>ウ サービスの内容及びその費用負担</p> <p>エ 介護を行う場合の基準</p> <p>オ 医療を要する場合の対応</p> <p>※上記内容を含み、入居者に対する説明事項を適切に提示してあれば、呼称は問わない。</p> <p>(2) 名簿等の整備</p> <p>ア 入居者の氏名及び連絡先を明らかにした名簿があるか。</p> <p>イ 身元引受人等の氏名及び連絡先を明らかにした名簿があるか。</p> <p>ウ 老人福祉法第29条第6項の規定を参考に、次の事項を記載した帳簿を作成し、2年間保存しているか。</p>   | <p>いる</p> <p>有</p> <p>有</p> <p>有</p> <p>有</p> <p>有</p><br><p>ある</p> <p>ある</p> <p>いる</p> | <p>いない</p> <p>無</p> <p>無</p> <p>無</p> <p>無</p> <p>無</p><br><p>ない</p> <p>ない</p> <p>いない</p> |     |  |       |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |                     |                       |  |



# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目     | 確 認 事 項   | 左の結果    |     | 備 考 |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
|---------|---|---------|-----|-----|---|-------|---|-------|---|------|---|---------|---|----|-----|--|
|         |   | A       | B   |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
|         | オ 協力医療機関や協力歯科医療機関における診療に入居者を誘引していないか。<br>カ その他医療機関から金品を受領し、入居者に当該機関での診療を誘引していないか。   | いない     | いる  |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
| 6 事業の運営 | (6) 介護サービス事業所との関係<br>ア 近隣の介護サービス事業について、入居者に周知しているか。<br>イ 特定の事業者に誘導するなど、入居者が希望する介護サービスの利用を妨げていないか。<br>(7) 運営懇談会の設置等<br>ア 運営懇談会を設置しているか。(テレビ電話装置等を活用して行われるものを含む。)<br>懇談会の構成メンバー<br><table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">管理者</td> <td style="width: 10%;">名</td> <td style="width: 20%;">職員</td> <td style="width: 10%;">名</td> </tr> <tr> <td>入居者代表</td> <td>名</td> <td>学識経験者</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>民生委員</td> <td>名</td> <td>その他 ( )</td> <td>名</td> </tr> </table> イ 設置していない場合は、以下の措置が講じられているか。<br>(ア) 地域との定期的な交流や入居者の家族との個別の連絡体制が確保されているなど、代替となる措置が講じられている。<br>(イ) 上記措置が運営懇談会の代替である旨、入居者への説明が行われている。<br>ウ 入居者(要介護者については、身元引受人等)に周知し、広く参加を呼びかけているか。<br>[方法: ]<br>エ 定期的に開催しているか。[回数 回( 年度)]<br>オ 運営懇談会では、入居者の状況、サービス提供の状況及び管理費、食費その他の入居者が設置者に支払う金銭に関する収支等の内容を定期的に報告、説明しているか。<br>カ 入居者の要望、意見を運営に反映させているか。<br>(8) 職場におけるハラスメント等の問題解決に取り組む体制を確立し、不適切な言動を防止するための方針は明確であるか。<br>[確認: 次のような項目に留意しているか]<br>ア 方針の周知・啓発はしているか。<br>イ 相談・苦情に対応するための体制は整備されているか。<br>ウ 相談・苦情に対応する担当者を定めること等により、相談への対応の窓口をあらかじめ定め職員に周知しているか。 | 管理者     | 名   | 職員  | 名 | 入居者代表 | 名 | 学識経験者 | 名 | 民生委員 | 名 | その他 ( ) | 名 | いる | いない |  |
| 管理者     | 名   | 職員      | 名   |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
| 入居者代表   | 名   | 学識経験者   | 名   |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
| 民生委員    | 名   | その他 ( ) | 名   |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |
| 7 サービス等 | 7 サービス等<br>(1) 食事サービス<br>ア 高齢者に適した食事を提供しているか。<br>イ 栄養士による献立表を作成しているか。   | いる      | いない |     |   |       |   |       |   |      |   |         |   |    |     |  |

## 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目     | 確 認 事 項   | 左の結果 |     | 備 考 |
|---------|---|------|-----|-----|
|         |   | A    | B   |     |
|         | ウ 食堂において食事をするのが困難な入居者に対しては、居室において食事を提供する等必要な配慮を行っているか。<br><br>(2) 生活相談・助言等  | いる   | いない |     |
| 7 サービス等 | ア 入居時には、心身の健康状況について調査を行っているか。<br>イ 入居後は入居者の各種の相談に応じ適切な助言等を行っているか。<br><br>(3) 健康管理と治療への協力<br>ア 希望により、入居時に健康診断（歯科を含む。以下同じ。）を行っているか。<br>イ 希望により、入居後、定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。<br>ウ 常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとっているか。<br>エ 入居者の意向を確認した上で、健康診断及び健康保持のための措置の記録を保存しているか。<br>オ 入居者が一時的疾病等のため日常生活に支障がある場合には、介助等日常生活の世話をしているか。<br>カ 医療機関での治療が必要な場合には、適切な治療が受けられるよう医療機関への連絡、紹介、受診手続き、通院介助等の協力をしているか。<br><br>(4) 介護サービス<br>ア 介護サービスは契約に定めるところにより、当該ホーム又は提携ホームで行っているか。<br>イ 本来ホームが行うべき介護サービスを老人保健施設、病院・診療所又は特別養護老人ホーム等に行わせていないか。<br>ウ 介護サービスには医療行為が含まれていないか。<br>エ 契約内容に基づき、一般居室、一時介護室又は介護居室において入居者の自立を支援するという観点に立って処遇しており、常時介護に対応できる職員の勤務体制をとっているか。<br>オ 介護記録を作成、保管しているか。<br>カ 主治医との連携を十分に図っているか。<br><br>(5) 安否確認又は状況把握<br>安否確認又は状況把握に当たっては、意見交換等を通じ、入居者の意向を尊重した方法等で、行っているか。<br><br>(6) 機能訓練<br>介護サービスを提供する施設にあつては、要介護者の生活の自立の支援を図る観点から、身体的、精神的条件に応じた機能訓練等を実施しているか。<br><br>(7) レクリエーション<br>入居者の要望を考慮し、運動、娯楽等のレクリエーションを実施しているか。<br><br>(8) 身元引受人への連絡等<br>ア 入居者の生活において必要な場合には、身元引受人等への連絡等所要の措置をとるとともに、本人の意向に応じ、関連諸制度、諸施策の活用について迅速かつ適切な措置をとっているか。 | いる   | いない |     |

# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目     | 確 認 事 項   | 左の結果 |     | 備 考 |
|---------|---|------|-----|-----|
|         |   | A    | B   |     |
|         | イ 要介護者等については、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況を身元引受人等へ定期的に報告しているか。  | いる   | いない |     |
| 7 サービス等 | (9) 金銭等管理<br>ア 本人の依頼により、施設で入居者の金銭、預金等を管理する場合は、依頼書を徴しているか。<br>イ 入居者本人が、十分な判断能力を有せず金銭等の適切な管理を行えないと認められる場合であって、施設において入居者の金銭等を管理する場合は、身元引受人等から承諾書を徴しているか。<br>ウ 金銭等の具体的な管理方法、本人又は身元引受人等への定期的報告等を管理規程等で定めているか。<br>・ 預り金台帳の作成についての記述があるか。<br>・ 現金、通帳、印鑑等の保管に関する記述はあるか。<br>・ 通帳と印鑑保管者に関する記述はあるか、また、その保管者は別々の者となっているか。<br>・ 金銭の受け渡しの際に関する記述はあるか。（受領印の押印、預かり証の発行等）<br>・ 金銭の授受の方法、立ち会い等の記述はあるか。（複数職員の立ち会い等）<br>・ 定期的な台帳と現金等の残高の突合についての記述はあるか。<br>(10) 高齢者虐待等<br>ア 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第5条の規定に基づき、高齢者虐待を受けた入居者保護のための施策に協力しているか。<br>イ 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行われるものを含む。）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っているか。<br>※令和6年3月31日まで経過措置あり<br>ウ 虐待の防止のための指針を整備しているか。<br>エ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。<br>オ イからエまで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るか。<br>カ 同法第20条の規定に基づき、研修の実施、苦情処理体制の整備等、高齢者虐待防止の措置を講じているか。<br>キ 身体拘束、その他入居者の行動を制限する場合は、入居者又は他の入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限っているか。<br>ク 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録しているか。<br>ケ やむを得ず身体拘束等を行う場合には、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」により身元引受人等から同意を得ているか。<br>コ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行われるものを含む。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。<br>サ 身体拘束等の適正化のための指針を整備しているか。<br>シ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施しているか。 | いる   | いない |     |

# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目      | 確 認 事 項   | 左の結果  |   | 備 考 |
|----------|---|---|---|-----|
|          |   | A   | B   |     |
|          | (11) その他<br>ア (1) から (9) に掲げるサービスの提供について、入居者と契約を締結する場合、その職員に対し、サービス内容等の周知が十分になされているか。   | いる  | いない   |     |
| 7 サービス等  | イ 有料老人ホームの職員が介護保険サービス等の業務を兼ねる場合は、業務の種別に応じた勤務状況を明確にするため、適切に勤務表の作成、管理が行われているか。  | いる  | いない   |     |
| 8 事業収支計画 | 8 事業収支計画<br>(1) 資金の確保等<br>ア 初期総投資額の積算にあたっては、開設に際して必要となる費用（調査関係費、土地関係費、建築関係費、募集関係費、開業準備関係費、公共負担金、租税公課、期中金利、予備費等）を詳細に検討の上、それらを積み上げて算定し、必要な資金を適切な方法で調達しているか。<br>イ 資金の調達にあたっては、主たる取引金融機関等を確保しているか。<br>(2) 長期の資金収支計画及び損益計画を策定しているか。（以下、当該計画について）<br>ア 長期安定的な経営が可能な計画であるか。<br>イ 最低30年以上の長期的な計画であるか。<br>ウ 3年ごとに計画の見直しを行っているか。<br>エ 借入金の返済にあたっては、資金計画上無理のない計画であるか。<br>オ 適切かつ実行可能な募集計画に基づいているか。<br>カ 長期推計に基づく入居時平均年齢、男女比、単身入居率、入退去率、入居者数及び要介護者発生率を勘案しているか。<br>キ 人件費、物件費等の変動や建物の修繕費等を適切に見込んでいるか。<br>ク 前払金の償却年数は、想定居住期間としているか。<br>ケ 常に適正な資金残高があるか。<br>(3) 経理・会計の独立<br>有料老人ホーム以外にも事業経営を行っている経営主体については、当該有料老人ホームについての経理・会計を明確に区分し、他の事業に流用していないか。 | いる<br>ある<br>いる<br>ある<br>いる<br>ある<br>いる<br>いる<br>いる<br>いる<br>いる<br>いる<br>いない | いない<br>ない<br>いない<br>ない<br>いない<br>ない<br>いない<br>いない<br>いない<br>いない<br>いない<br>いない<br>いる |     |
| 9 利用料等   | 9 利用料等<br>(1) 家賃（賃貸借契約以外の契約で受領する利用料のうち、部屋代に係る部分を含む。）<br>ア 家賃は、当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定されているか。<br>家賃 円/月 算定方法 [ ]<br>イ 家賃は、近傍同種の住宅の家賃から算定される額を大幅に上回っていないか。<br>(2) 敷金<br>ア 敷金を受領する場合に、その額は6か月分を超えていないか。   | いる<br>いない<br>いる   | いない<br>いる<br>いる   |     |









# 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bのいずれにも○をつけないで下さい。

| 項目         | 確認事項   | 左の結果  |  | 備考 |
|------------|--|---|--|----|
|            |  | A   | B  |    |
|            | <p>ア サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていない場合は、パンフレット、新聞等において広告を行う際、類型を表示するとともに、表示事項を併記しているか。</p> <p>イ 有料老人ホームの類型の表示を行う場合、介護に関わる職員体制を「1.5：1以上」「2：1以上」又は「2.5：1以上」と表示する場合は、介護に関わる職員の割合を年度ごとに算定し、表示と実態の乖離がないか検証しているか。</p> <p>ウ 入居者等に上記の算定方法及び算定結果を説明しているか。</p> <p>(3) 有料老人ホームに係る入居者等への情報開示について</p> <p>有料老人ホーム設置に係る県との事前協議を行った場合は、その結果、及び老人福祉法に基づき実施される立入検査の指導状況等について、自主的に入居希望者等に公開するとともに、一般に閲覧できる状態にしているか。</p>   | <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p>                               | <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p>                                  |    |
| 1 2 衛生管理   | <p>1 2 衛生管理</p> <p>(衛生管理を徹底させるとともに、職員に対し研修を行っているか。) ※令和6年3月31日まで経過措置あり</p> <p>(1) 感染症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(テレビ電話装置等を活用して行われるものを含む。)をおおむね六月に一回以上開催しているか。また、その結果について、職員に周知徹底しているか。</p> <p>(2) 感染症及びまん延の防止のための指針を整備しているか。</p> <p>(3) 職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施しているか。</p> <p>ア 研修開催状況(感染症、食中毒等の予防及びまん延の防止)</p> <p>イ 居室、調理室、トイレ、浴室等の清掃状況及び汚物等の管理状況など</p>   | <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p>   | <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p>   |    |
| 1 3 防災対策   | <p>1 3 災害発生時に係る防災対策</p> <p>(1) 火災、風水害・土砂災害、地震等、非常災害に対する具体的計画(非常災害対策計画)を定めているか。</p> <p>(2) 災害発生時の対応の具体的内容及び手順、職員の役割分担、避難訓練計画等に関するマニュアルを、全職員で共有しているか。</p> <p>(3) ア 避難等必要な訓練を定期的に行っているか。</p> <p>年間 回 ( 年度)</p> <p>イ アの訓練実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p> <p>(4) 浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内に所在し、市町村地域防災計画に要配慮者利用施設として定められているか。</p> <p>ア 避難確保計画を作成し、市町村へ報告しているか。</p> <p>イ 避難確保計画に基づく避難訓練を実施しているか。</p> <p>(5) ライフライン等が寸断された場合の対策状況</p> <p>・ 停電、断水、ガスや通信等ライフラインが寸断された場合を想定した備蓄等(照明、防寒具、飲料水、バッテリー、食料等)を行っているか。</p> | <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> <p>いる</p> | <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> <p>いない</p> |    |
| 1 4 業務継続計画 | <p>1 4 業務継続計画の策定等 ※令和6年3月31日まで経過措置あり</p> <p>(1) 感染症及び非常災害の業務継続計画を策定しているか。</p> <p>(2) 業務継続計画について、職員に対し周知しているか。</p>  | <p>いる</p> <p>いる</p>   | <p>いない</p> <p>いない</p>  |    |

## 有料老人ホーム立入検査確認事項

【サービス付き高齢者向け住宅】

※ 「該当なし」の場合はA、Bの  
いずれにも○をつけないで下さい。

| 項 目 | 確 認 事 項   | 左の結果 |     | 備 考 |
|-----|---|------|-----|-----|
|     |   | A    | B   |     |
|     | (3) 業務継続計画に基づき、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施しているか。<br>[確認：研修・訓練の実施状況] | いる   | いない |     |
|     | (4) 業務継続計画について、定期的に見直し・変更を行っているか。                               | いる   | いない |     |