

介護保険居宅系事業所等指導提出資料

指導形態	運営指導		
指導実施日時	年 月 日	午前 ・ 午後	時 分
法人名	法人代表者の職・氏名		(ふりがな)
事業所名			
所在地	〒 ※付近の地図を添付してください。駐車場の位置(市の公用車1台分)も示してください。 (ふりがな)		
担当者(問い合わせ先)	(役職)	(氏名)	
電話番号	FAX番号		
メールアドレス			
サテライト事業所等 (設置している場合のみ)	事業所名		
	所在地	(〒)	(〒)

今回の運営指導対象事業の種類 (該当に ○ 印)	提出資料 (指導対象事業以外の資料提出は不要)					事業所名	事業所番号
1. 訪問介護	/	様式2	様式3-1	様式3-7	様式3-8		
2. 訪問入浴介護	/	様式2	様式3-1	様式3-7	様式3-8		
3. 訪問看護	/	様式2	様式3-1	様式3-7	様式3-8		
4. 訪問リハビリテーション	/	様式2	様式3-1	様式3-7	様式3-8		
5. 居宅療養管理指導	/	様式2	様式3-1	様式3-7	様式3-8		
6. 通所介護	様式1	様式2	様式3-2	様式3-7	様式3-9		
7. 通所リハビリテーション	様式1	様式2	様式3-3	様式3-7	様式3-9		
8. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売	/	様式2	様式3-4	様式3-7	様式3-8		
9. 特定施設入居者生活介護	様式1	様式2	様式3-5	様式3-7	様式3-10		
10. 短期入所生活介護(介護老人福祉施設併設の場合を除く)	様式1	様式2	様式3-5	様式3-7	様式3-9		
11. 居宅介護支援	/	様式2	様式3-6	様式3-7	様式3-8		
その他同一敷地内又は隣接地で行っている、今回の運営指導対象以外の事業	事業所名	サービス種別		事業所名	サービス種別		

【基本事項（１）】 ※事業ごとに作成してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	訪問介護員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. その他日常生活費 (印)

①あいまいな名目の費用徴収ではなく、費用の内訳が明らかになっているか。	はい ・ いいえ
②利用者の自由な選択に基づくものか。	はい ・ いいえ
③利用者又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得ているか。	はい ・ いいえ
④受領額は、実費相当額の範囲内で行われているか。	はい ・ いいえ
⑤運営規程において定められ、その内容が重要事項説明書等に反映されているか。	はい ・ いいえ

内容 (身の回り品、教養娯楽費等)	金額/単位 (円 / 月・回数等)	内容 (身の回り品、教養娯楽費等)	金額/単位 (円 / 月・回数等)

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。
 ※その他日常生活費：「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年3月30日付老企第54号)」参照

(事業所名)

(サービス名)

4. 取り組み方針(既存資料の活用可)

事故発生防止等	
苦情処理体制	
従業者に対する研修	
従業者の定期健康診断	
レクリエーションの実施 (外出・行事含む)	

※同時に指導を行う介護老人福祉施設・介護老人保健施設と同様の場合は記入不要

5. 地域との連携等 ※具体的に記入してください。

(地域住民又はその他自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流)

【基本事項（１）】

【基本事項（2）】

（事業所名）

1. 衛生管理

感染症及び食中毒の予防・蔓延防止のための措置		
循環式浴槽の使用の有無	有	無

2. 非常災害対策について（ 印）

防火管理者の選任状況	有 ・ 無	左記が「有」の場合	防火管理者の氏名		
			選任の届出年月日	年 月 日	
消防計画の策定状況	有 ・ 無	左記が「有」の場合、消防への届出年月日	年	月	日
上記の他、非常災害に関する具体的な計画	有 ・ 無	左記が「有」の場合、想定している災害	火災 ・ 風水害 ・ 地震		
非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制の整備		有 ・ 無			
職員への周知（ <input type="radio"/> 印）	有（方法： 頻度： ） ・ 無				
避難、救出その他必要な訓練の実施		有 ・ 無			
実施状況	実施回数	年 回（うち夜間想定 回）			
	実施記録の有無	有 ・ 無			
洪水等の浸水区域又は土砂災害警戒区域内に位置しているか		洪水等の浸水区域	該当 ・ 非該当		
		土砂災害警戒区域	該当 ・ 非該当		
位置している場合	避難確保計画を策定	有 ・ 無			

※宿泊サービスを提供する場合、「実施状況/実施回数」欄で夜間想定訓練の回数を記入してください。

【基本事項（2）】

【職員一覧】（記入例）

（事業所名） 登大路ケアサービス
（サービス名） 通所介護

指導実施月の前々月の職員配置状況（ 年 月の状況 ※月中の採用者・退職者を含みます。）

職種 氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							第5週			1か月の合計 (休憩時間を含む)	所持資格	勤務形態 勤務年月数	備考 (兼務する事業名及び職種並びに兼務先での勤務時間。当月中に採用又は退職の場合は、その内容と年月日)
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日				
職種 管理者 氏名 奈良 太郎		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	176	介護福祉士	a b c d 5年6月	〇〇訪問介護事業所の訪問介護員と兼務。20時間勤務。
職種 生活相談員 氏名 高田 花子		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	176	介護福祉士	a b c d 4年0月	
職種 介護職員 氏名 高野 雄介									8	8		8				8	8		8				8	8		8				8	8	88	ヘルパー2級	a b c d 3年6月	〇年〇月〇日から途中採用
職種 看護職員 氏名 桜井 タ子		2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	44	准看護師	a b c d 4年0月	登大路ケアサービスの機能訓練指導員と兼務。18時間勤務。
職種 機能訓練指導員 氏名 桜井 タ子			2			2				2			2				2			2				2			2				2	18	准看護師	a b c d 2年2月	登大路ケアサービスの看護職員と兼務。44時間勤務。
職種・氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	所持資格	形態・年月数	備考

■職種氏名欄

- ・職種ごとに勤務形態の区分(後述)の順にまとめて記載してください。
- ・1人の職員が、同一事業の中で兼務する場合(看護職員と機能訓練指導員等)は、2行に分けてそれぞれの職種として記入してください。
- ・職種は、管理者・サービス提供責任者・訪問介護員・生活相談員・介護職員・(管理)栄養士・(歯科)医師・薬剤師・歯科衛生士・看護職員・機能訓練指導員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・介護支援専門員・計画作成担当者等の別を記入してください。

■勤務時間記入欄

- ・日にち欄の下欄には、当該日の曜日を記入してください。
- ・1日に勤務した時間数を記入してください。
- ・兼務職員については、他の職務に従事する時間を除いてください。

■所持資格欄

- ・所持資格は、ヘルパー2級、1級、介護福祉士、介護支援専門員、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、医師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を記入してください。

■勤務形態・勤務年月数欄

- ・下記勤務形態の区分に従い、〇印を記入してください。
【勤務形態の区分】 a:常勤専従 b:常勤で兼務 c:常勤以外で専従 d:常勤以外で兼務
- ・同一敷地内の他事業と兼務する場合、兼務先との合計1ヶ月勤務時間が常勤時間を超える場合は常勤扱いとしてください。
別事業との兼務、同一事業の別職種との兼務のどちらも「兼務」としてください。また、備考欄に兼務先及び、兼務先での勤務時間を記入してください。
【常勤職員について】就業規則等で規定されている時間を基本としてください。
休暇や出張の期間については、暦月で1月を超えるものではない限り、常勤職員として勤務したものと取り扱います。
- ・【非常勤職員について】時間給であれば、給与支給の基礎となった時間を記入してください。
曜日・勤務時間が決まっている場合は、備考欄に内容を記入してください。
- ・勤務年月数は、同一法人における他介護サービス事業所の経験年月数を含みます。

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護
訪問リハビリテーション・居宅療養管理]

※事業ごとに作成してください。

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	訪問介護員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 事業の実施状況

営業日(○印)	月・火・水・木・金・土・日・祝
営業時間	: ~ :
サービス提供時間帯	: ~ :
訪問介護と組み合わせて提供する保険外サービスの実施状況 (区分支給限度額超過の利用者に超過分のサービスを提供する場合を含む。)	有・無
【以下「有」の場合のみ】 保険外サービスの内容	
①保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定めているか。	はい・いいえ
②利用者に文書をもって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ているか。	はい・いいえ
③保険外サービスの提供時に、利用者の状況に応じ、別サービスであることを理解しやすくなるような配慮を行っているか。	はい・いいえ
④訪問介護の利用料とは別に費用請求し、訪問介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分しているか。	はい・いいえ

(事業所名)

(サービス名)

4. 利用者数等(直近6か月)

【訪問介護】

年 月	月間利用者 実人員(人) 注1			月間利用者延数(人)	利用延時間(時間) 注3
	要介護者	要支援			
		うち通院等乗降介助のみ	従前の予防サービス相当		
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					

注1「実人員」は、対象月に一度でも利用のあった利用者1人につき1人とします。

注2「その他」には、緩和した基準によるサービス(訪問型サービスA)などの利用者数を記入ください。

注3「利用延時間」は、6ヶ月分の記入が困難な場合は、直近3ヶ月分を記入ください。通院等乗降介助の場合は移動時間を含まず、実介助時間を計上してください。

【訪問入浴介護】 【訪問看護】

【訪問リハビリテーション】 【居宅療養管理】

年 月	月間利用者 実人員(人) 注1	月間利用者延数(人)	平均利用者数(人) 注4
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

注4「平均利用者数」=利用者延数÷該当月の事業実施日数(小数点2位以下切り上げ)

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

【運営状況等（サービス別）】

[通所介護] ※単位ごとに作成してください。 実施単位数 単位
 ※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間	(送迎時間を含む)	:	~	:
サービス提供時間帯	(送迎時間及び居宅内介助時間を除く)	:	~	:
1日当たりの提供時間		時間		分
営業日(<input type="radio"/> 印)	月・火・水・木・金・土・日・祝			
宿泊サービスの実施(<input type="radio"/> 印)	有・無	宿泊サービス		
宿泊サービスの届出(<input type="radio"/> 印)	有・無	の責任者名		

※営業時間、サービス提供時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

2. 定員の推移

現在の状況 (年 月~)	人
年 月~	

3. 直近月の利用者実人員

年 月 1日時点	人
----------	---

※契約者数を記入してください。

(事業所名)

4. 生活相談員の事業所外での勤務

活動内容 (具体的に)	
----------------	--

5. 看護職員の配置

病院との連携(<input type="radio"/> 印)	無・併用・有
契約先病院名	

6. 一週間の利用者数等(月 日から一週間)[実績]

サービス提供日	(日)						
	(曜日)	月	火	水	木	金	土 日
要介護利用者	(人)						
要支援利用者	従前の予防サービス相当	(人)					
	通所型サービスA						
合計	(人)						

7. 前年度各月の利用延べ人数(前年度: 年4月~ 年2月)

	居宅サービス(要介護) (人)			従前の予防サービス相当(要支援) (人)		
	3~5時間	5~7時間	7~9時間	3~5時間	5~7時間	7~9時間
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
1月						
2月						
合計						

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

【運営状況等（サービス別）】

【運営状況等（サービス別）】

[通所リハビリテーション]

実施単位数	単位
-------	----

(事業所名)

※単位ごとに作成してください。

※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間	(送迎時間を含む)	:	~	:
サービス提供時間帯	(送迎時間及び居宅内介助時間を除く)	:	~	:
1日当たりの提供時間			時間	分
営業日(○印)			月・火・水・木・金・土・日・祝	

※営業時間、サービス提供時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

4. 一週間の利用者数等(月 日から一週間)[実績]

サービス提供日	(日)	月	火	水	木	金	土	日
	(曜日)							
要介護利用者	(人)							
要支援利用者	(人)							
合計	(人)							

2. 定員の推移

現在の状況 (年 月~)	人
年 月~	

3. 直近月の利用者実人員

年 月 1日時点	人
----------	---

※契約者数を記入してください。

5. 前年度各月の利用延べ人数(前年度: 年4月~ 年2月)

	居宅サービス(要介護) (人)				介護予防サービス(要支援) (人)			
	1~2時間	2~4時間	4~6時間	6~8時間	1~2時間	2~4時間	4~6時間	6~8時間
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
1月								
2月								
合計 (11カ月分)								

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

【運営状況等（サービス別）】

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[福祉用具貸与、特定福祉用具販売]

※**事業ごと**に作成してください。

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。		

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	訪問介護員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 事業の実施状況

営業時間	: ~ :
営業日 (<input type="radio"/> 印)	月・火・水・木・金・土・日・祝

(事業所名)

(サービス名)

4. 利用者数等(直近6か月)

年	月	【貸与】利用者数			【販売】利用者数
		要支援1・2 要介護1	要介護 2～5	合計	

5. 【福祉用具貸与】福祉用具の保管・消毒

保管・消毒 (<input type="radio"/> 印)	事務所で実施・委託	
	委託先名称	市への届出
委託の場合	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無
	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無
	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無
	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無
	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無
	委託先所在地	有 ・ 無
	委託先名称	有 ・ 無

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

【運営状況等（1）（サービス別）】

[特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護]

※**単位ごと**に作成してください。 ※事業所の平面図を添付してください。

1. 事業の実施状況

区分(<input type="radio"/> 印)	一般型 ・ 外部サービス利用型
施設種別	有料老人ホーム ・ 養護老人ホーム 軽費老人ホーム (旧軽費A・旧ケア)
夜勤(宿直)時間帯	: ~ :
入居者数	(年 月 日現在)
うち特定施設利用者数	

【外部サービス利用型】受託居宅サービス事業者の事業所名称

訪問介護	
訪問看護	
通所介護	
その他	

2. 共同生活住居等の一覧

介護居室床面積合計		m ²	
室数	1人あたり床面積		
1人部屋	室	m	~ m
2人部屋	室	m	~ m
3人部屋	室	m	~ m
4人部屋	室	m	~ m
機能訓練室	m	浴室	m
一時介護室	m	便所	m
食堂	m		

3. 入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会〔特定施設入居者生活介護のみ〕（令和9年3月31日までは努力義務）

入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置	有 ・ 無 (有の場合構成メンバーに○)	管理者 医師 生活相談員 看護職員 介護職員	()
	委員会の開催状況	年 回	記録の有無 有 ・ 無

(事業所名)

(サービス名)

4. 特定施設及び短期入所生活介護利用者延数(前年度: 年度)

定員	前年度		今年度			
	特定: 人	短期: 人	合計: 人	特定: 人	短期: 人	合計: 人
	要支援 (人)	要介護 1~5 (人)	合計 (人)	要支援 (人)	要介護 1~5 (人)	合計 (人)
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
1月						
2月						
3月						
合計						

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

5. 身体的拘束等の実施状況

身体的拘束等の実施の有無(直近)	有 (名) ・ 無	
※実施している場合	実施内容(つなぎ服、ミトン、車いすベルト等)	
	事前の検討の記録	有 ・ 無
	同意書の有無	有 (名) ・ 無
	経過観察記録の作成	有 (名) ・ 無
身体的拘束等の適正化のための指針の整備状況	有 ・ 無	作成日 年 月 日
上記指針の名称		
身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置	有 ・ 無 (有の場合構成メンバーに○)	管理者 医師 生活相談員 看護職員 介護職員 ()
委員会の開催状況	年 回	記録の有無 有 ・ 無
専任の身体的拘束等の適正化対策の担当者の氏名		
身体的拘束等の適正化のための研修の実施	定期的研修	有 ・ 無 年 回
	新規採用時	有 ・ 無
	記録の整備	有 ・ 無

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[居宅介護支援]

※事業所の平面図を添付してください。

1. 職員数（ 年 月 日～ 年 月 日の状況）

※様式2を集計してください。（同一月を対象に記入してください。）

	人員（兼務の場合はそれぞれ1人と数えます。）			
	常勤職員	うち兼務職員	非常勤職員	うち兼務職員
管 理 者	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	人
合 計	人		人	

2. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月 時間/1人あたり時間
--------------------	--------------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

3. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	訪問介護員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

4. 利用者数等（直近6ヶ月分について記入してください。）

	居宅介護支援事業				
	要介護 1～5 A	要支援 1・2 B	合 計 利用者数 (A+B)	支援専門員数 (常勤換算) C	1人当たり 取扱件数 ※
年 月	人	人	人	人	件
年 月	人	人	人	人	件
年 月	人	人	人	人	件
年 月	人	人	人	人	件
年 月	人	人	人	人	件
年 月	人	人	人	人	件

※1人当たり取扱件数 = {A + (B/3)} / C

5. 居宅サービス計画作成実績の利用者に対する説明

【令和6年4月1日以降努力義務】

前6月間に作成した居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護等を位置付けた居宅サービス計画の割合を、契約前に利用者に対して説明しているか。	はい・いいえ
前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等ごとの回数のうち、同一の事業者によって提供された割合を、契約前に利用者に対して説明しているか。	はい・いいえ
上記の2項目で「はい」と回答した場合、当該説明に当たってどのような資料を用いているか。 運営規程、重要事項説明書、契約書以外の資料を用いている場合は、写しを一部提出してください。	

※「訪問介護等」とは、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護をいう。

【運営状況等】

1. 感染症対策

感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備状況	有・無	作成日	年	月	日
上記指針の名称					
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の設置	有・無 (有の場合構成メンバーに○)	管理者 看護職員	医師 介護職員	生活相談員 介護職員	()
上記委員会の開催状況(上段) 記録の有無(下段)	年		回		
専任の感染対策の担当者の氏名	有・無				
感染症の予防及びまん延の防止のための研修の実施	定期的研修	有・無		年 回	
	新規採用時	有・無			
	記録の整備	有・無			
感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の実施	有 無	年	回		

2. 虐待の防止(療養管理指導は令和9年3月31日までは努力義務)

虐待の防止のための指針の整備状況	有 無	作成日	年	月	日
上記指針の名称					
虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置	有 無 (有の場合構成メンバーに○)	管理者 看護職員	医師 介護職員	生活相談員 介護職員	()
上記委員会の開催状況(上段) 記録の有無(下段)	年		回		
虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の氏名	有・無				
虐待の防止のための研修の実施	定期的研修	有・無		年 回	
	新規採用時	有・無			
	記録の整備	有・無			

3. ハラスメント等の防止(※)

職場におけるハラスメント等の防止のための方針・取組等について (方針の明確化及びその周知・啓発。相談に応じ適切に対応するために必要な体制の整備等)

(※)ハラスメント等とは、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものをいう。

4. 認知症介護に係る基礎的な研修

〔訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護のみ〕

無資格者に認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるための措置の内容

5. 業務継続計画(※)(療養管理指導は令和9年3月31日までは努力義務)

業務継続計画の策定状況	有・無	作成日	年	月	日
業務継続計画に係る研修の実施 (計画の周知や、平常時、緊急時における対応の理解の促進等に係るもの)	定期的研修	有・無		年 回	
	新規採用時	有・無			
	記録の整備	有・無			
業務継続計画に係る訓練の実施	有・無	年	回		

(※)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画。

6. 身体的拘束等の実施状況〔特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護を除く〕

身体的拘束等の実施の有無(直近)	有()名・無	
※実施している場合	実施内容(つなぎ服、ミトン、車いすベルト等)	
	事前の検討の記録	有・無
	同意書の有無	有()名・無
	経過観察記録の作成	有()名・無

【運営規程及び重要事項説明書】

[訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、居宅介護支援]

※運営規程ごとに作成してください。

事業所名

サービス名

①から③について、該当する箇所チェックを入れてください。

①介護福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか。

はい いいえ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
営業日及び営業時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
各サービスの内容及び利用料その他の費用の額（※1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【訪問入浴介護のみ】サービスの利用に当たっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時等における対応方法（※2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待の防止のための措置に関する事項（※3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

（※1）各サービスの内容及び利用料その他の費用の額…訪問リハビリテーションにおいては、「内容」を除く。

居宅療養管理指導においては、「内容」を「種類」と読み替える。

福祉用具貸与においては、「内容」を「提供方法、取り扱う種目」と読み替える。特定福祉用具販売においては、「内容及び利用料」を「提供方法、取り扱う種目及び販売費用の額」と読み替える。

居宅介護支援においては、「内容及び利用料その他の費用の額」を「提供方法、内容及び利用料その他の費用の額」と読み替える。

（※2）緊急時等における対応方法…訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援を除く。

（※3）虐待の防止のための措置に関する事項…居宅療養管理指導のみ、令和9年3月31日までは努力義務。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	<input type="checkbox"/>						
従業者の勤務体制	<input type="checkbox"/>						
通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>						
利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>						
緊急時の対応（※4）	<input type="checkbox"/>						
事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>						
苦情処理の体制及び窓口（※5）	<input type="checkbox"/>						
守秘義務	<input type="checkbox"/>						
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※6）	<input type="checkbox"/>						
【居宅介護支援のみ】居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等についての内容	<input type="checkbox"/>						

（※4）緊急時の対応…訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く。

（※5）苦情処理の体制及び窓口…事業所、奈良市、国民健康保険団体連合会の連絡先を定めること。

（※6）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。また、居宅介護支援を除く。

【運営規程及び重要事項説明書】

[通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護（介護老人福祉施設に併設の場合を除く。）]

※運営規程ごとに作成してください。

事業所名

サービス名

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①介護福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか。

はい いいえ わからない

②<表1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
営業日及び営業時間（※1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
各サービス内容及び利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通常の事業の実施地域（※2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス利用に当たっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時等における対応方法（※3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

（※1）営業日及び営業時間…短期入所生活介護を除く。

（※2）通常の事業の実施地域…短期入所生活介護においては、「通常の送迎の実施地域」と読み替える。

（※3）緊急時等における対応方法…通所リハビリテーションを除く。

③<表2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	<input type="checkbox"/>						
従業者の勤務体制	<input type="checkbox"/>						
通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>						
利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>						
緊急時の対応	<input type="checkbox"/>						
事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>						
苦情処理の体制及び窓口（※4）	<input type="checkbox"/>						
守秘義務	<input type="checkbox"/>						
利用定員	<input type="checkbox"/>						
非常災害対策	<input type="checkbox"/>						
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※5）	<input type="checkbox"/>						

（※4）苦情処理の体制及び窓口…事業所、奈良市、国民健康保険団体連合会の連絡先を定めること。

（※5）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。

【運営規程及び重要事項説明書】

[特定施設入居者生活介護]

※運営規程ごとに作成してください。

事業所名

サービス名

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①介護福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか。

はい いいえ わからない

②<表1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
従業者の職種、員数及び職務内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入居定員及び居室数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスの内容及び利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設の利用に当たっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時等における対応方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③<表2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
従業者の勤務体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用料その他の費用の額及びその改定の方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
苦情処理の体制及び窓口（※1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
守秘義務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護居室に移る場合の条件及び手続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護居室、一時介護室、浴室、食堂及び機能訓練室の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護状態区分に応じて当該事業者が提供する標準的な介護サービスの内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(※1) 苦情処理の体制及び窓口…事業所、奈良市、国民健康保険団体連合会の連絡先を定めること。