

介護老人保健施設等指導提出資料

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。		
担当者(問い合わせ先)	(ふりがな)		
	(役職)	(氏名)	
電話番号		F A X 番号	
メールアドレス			
管理者	(ふりがな)		
	(氏名)		

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)	事業所番号		
1. 介護老人保健施設	様式1 ~ 様式4-6			
2. 短期入所療養介護 (介護老人保健施設併設の場合に限る)				
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

1. 法人概要

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

3. 身体拘束解消のための方策の実施状況(☒ 印)

4. その他日常生活費(☒ 印)

※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

様式1

【基本事項（2-1）】

[介護老人保健施設、短期入所療養介護]

5. 非常災害対策について

○計画の策定 ☒ 印)

非常災害に関する具体的な計画	有 ・ 無
想定している災害	火災 ・ 風水害 ・ 地震
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
(該当している場合) 避難確保計画の策定	有 ・ 無

○非常災害時の連絡体制 ☒ 印)

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	有 ・ 無 (方法: 頻度:)

○消防計画等の状況

消防計画の届出(直近)	年 月 日
防火管理者氏名	(職種)
資格(☒ 印)	有 (届出: 年 月 日) ・ 無

○災害防止に対する方針など

基本方針	
重度者への配慮	
地域防災組織との連携状況	

○【2階建て準耐火建築物の施設のみ】火災時における避難、消火等の近隣協力状況

近隣の協力者	人	覚書の締結の有無(☒ 印)	有 ・ 無
協力者不在の際の代替者	人		有 ・ 無

○備蓄物資の状況 ※物資の種類、数量(入所者当たりの日数)、保存年限等の現況

--	--

(施設名)

(サービス名)

○防災設備の保守点検状況

業者委託による点検(☒ 印)	有 (回 / 年) ・ 無
実施者	
記録の有無(☒ 印)	有 ・ 無
自主点検(☒ 印)	有 (回 / 年) ・ 無
実施者	
記録の有無(☒ 印)	有 ・ 無
消防法17-3-3による消防署への報告	年 月 日

○各種防災訓練の実施状況

区分	実施回数	実施月	消防署への事前通報	記録の有無(☒ 印)
避難訓練	回 (回)	月	回	有 ・ 無
救助訓練	回 (回)	月	回	有 ・ 無
通報訓練	回 (回)	月	回	有 ・ 無
消火訓練	回 (回)	月	回	有 ・ 無

※総合訓練として実施した場合、上記の区分に従ってそれぞれ記入してください。

※各種訓練ごとに、夜間又は夜間を想定した訓練を実施した場合は、右()書に再掲してください。

6. 衛生管理（循環式浴槽について）

循環式浴槽の使用の有無	有 ・ 無
上記が有の場合、以下に回答すること	
換水の頻度	週 回
水質検査の実施状況	年 回
検査記録の保管	有 (年間) ・ 無
残留塩素濃度の確認表	有 ・ 無
残留塩素濃度の確認頻度	
集毛器（ヘアキャッチャー）の清掃頻度	
ろ過器の洗浄の頻度	
ろ過器・循環配管等の消毒の頻度	

【基本事項（2-1）】

【基本事項（２－２）】

７．感染症対策

「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針」の作成		有（作成日 年 月 日）・無			
上記指針の名称					
感染防止対策検討委員会の設置	構成メンバー 該当者に○	施設長 介護職員	事務長 生活相談員	医師	看護職員 栄養士
上記委員会の記録の有無・開催頻度		有 ・ 無		年	回
専任の感染対策の担当者					
感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修の実施		定期的な研修		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

８．事故発生の防止及び発生時の対応

事故発生の防止のための指針整備		有（作成日 年 月 日）・無			
上記指針の名称					
事故防止検討委員会の設置	構成メンバー 該当者に○	施設長 介護職員	事務長 生活相談員	医師	看護職員 栄養士
上記委員会の記録の有無・開催頻度		有 ・ 無		年	回
事故発生の防止のための措置を適切に実施するための担当者					
事故発生の防止のための職員研修の実施		定期的な研修		年	回
		新規採用時		有	・ 無
		記録の整備		有	・ 無
事故発生時の県・市町村、家族への連絡体制の整備				有	・ 無
事故の状況及び事故に際して採った処置について記録整備、保存		有（		年間）	・ 無
賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか		有		・ 無	

【基本事項（２－２）】

【職員一覧】 ※事業ごとに【職員一覧(記入例)】のシートを参考に作成してください。

(事業所名)

(サービス名)

指導実施月の前々月の職員配置状況(令和 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	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、当月中の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			勤務 年月数	
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
職種																																			a b c d	
氏名																																		年 月		
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

※記入方法については【職員一覧(記入例)】のシートを参照してください。

指導実施月の前々月の勤務(シフト)実績表を添付してください。

※記入項目が明確に分かるような既存のシフト表がある場合は、それを本表に替えても差し支えありません。

※【勤務形態の区分】

a：常勤で専従 b：常勤で兼務 c：常勤以外で専従 d：常勤以外で兼務

勤務時間
帯の符号

A (~)
B (~)
C (~)

D (~)
E (~)
F (~)

G (~)
H (~)
I (~)

【職員一覧】

【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） 介護老人保健施設

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	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、当月中の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						
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火						
職種	管理者	A	A		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		176	介護福祉士	a b c d	併設〇〇通所介護事業所の介護職員と兼務。20時間勤務。		
氏名	奈良 太郎																																	5年6月				
職種	生活相談員		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A		A	A		176	介護福祉士	a b c d		
氏名	高田 花子																																	4年0月				
職種	介護職員							A	A	B		A	C		A	A	B		A	C		A	A	B		A	C		A	A	B	144	介護福祉士	a b c d	〇年〇月〇日から途中採用。			
氏名	高野 雄介																																	3年6月				
職種	介護職員	A		D	E		A		D	E		A		D	E		A		D	E		A		D	E		A		D	E		A		152	ヘルパー2級	a b c d	併設〇〇通所介護事業所の介護職員と兼務。20時間勤務。	
氏名	吉野 次郎																																	4年0月				
職種	看護職員		A	A	A		A	A		A	A	A		A	A	A		A	A	A		A	A	A		A	A		A	A		A	A		176	准看護師	a b c d	
氏名	桜井 タ子																																	2年2月				
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・(歯科)医師・薬剤師・歯科衛生士・(管理)栄養士・																						勤務時間帯の符号		A (9:00 ~ 17:00)				D (16:00 ~ 0:00)				G (~)						
																								B (8:00 ~ 16:00)				E (0:00 ~ 8:00)				H (~)						
																								C (10:00 ~ 18:00)				F (~)				I (~)						

■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・(歯科)医師・薬剤師・歯科衛生士・(管理)栄養士・介護支援専門員・支援相談員・介護職員・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日に勤務した時間を、勤務時間帯の符号により記入してください。
- ・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、○印を記入してください。
【勤務形態の区分】 a：常勤で専従 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礎とし、時間外勤務時間は除いてください。
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。

【運営状況等（１）】

[介護老人保健施設、短期入所療養介護]

1. 施設概要

施設名	
開設年月日	
管理者氏名・年齢等	(歳) 医師・医師以外()
ユニット型	該当（ユニット数 個） ・ 非該当

2. 療養室の状況 (年 月現在)

	部屋数(室)					1人あたり 最低面積(m ²)
	1階	2階	3階	4階	合計	
1人部屋						
2人部屋						
3人部屋						
4人部屋						
合計						

3. 勤務時間

月あたりの常勤職員の 勤務すべき時間数	介護職員	月	時間/1人あたり
	看護職員	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。

4. 夜勤時間帯(*)の職員配置

夜勤職員の員数を算定するにあたり 施設で定めている夜勤時間帯(*)	: ~ :		
一般棟	人 (介護職員)	人 (看護職員)	人
認知症専門棟	人 (介護職員)	人 (看護職員)	人

(*)22時～翌5時を含めた連続する16時間

(施設名)

5. 取り組み方針(既存資料の活用可)

在宅復帰の促進等の 対策	
苦情処理体制	
レクリエーションの実施 (外出・行事含む)	
褥瘡予防等に関する 対策	
寝たきり防止 に関する対策	
おむつ外しに関する 対策	
外出・外泊・ 家族等との面会	
その他 (地域交流・ボランティア の活用や利用者の処遇の改 善に努めていること等)	

【運営状況等（１）】

【運営状況等（２）】

[介護老人保健施設、短期入所療養介護]

6. 入所定員等

入所定員	人
うち短期入所定員	人
うち認知症専門棟	人

7. 入所者数等（指導前々月 1 日時点）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
老健	人							人
短期	人							人
計	人							人

※認知症専門棟がある場合は、一般棟との合計数を記入してください。

8. 過去3ヶ月間の新規入所者及び退所者の状況

（ 年 月～ 年 月 の状況）

○新規入所者の入所前の状況

	居宅	併設 病院	その他 の病院	他の 老健	グループ ホーム	その他	合計
年 月	人						人
年 月	人						人
年 月	人						人

○退所者の退所後の状況

	居宅	併設 病院	その他 の病院	他の 老健	グループ ホーム	特養	死亡	その他	合計
年 月	人								人
年 月	人								人
年 月	人								人

※施設入所のみを記入してください（短期入所を含みません。）

（施設名）

9. 入所者数等

		一般棟(人)			認知症専門棟(人)			新規 入所 者数 (人)
		入所者延数		平均入所者数	入所者延数		平均入所者数	
		老人保健施設	短期入所	入所＋短期	老人保健施設	短期入所	入所＋短期	
前年度（ 年度）	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								
今年度（ 年度）	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								

※入所者延数は、入所等した日を含み、退所等した日を含みません。

※平均入所者数：入所者延数÷日数（小数点2位以下切上）

※新規入所者数は、施設入所のみを記入してください（短期入所を含みません。）

【運営状況等（２）】

【運営状況等（３）】

（施設名）

[介護老人保健施設、短期入所療養介護]

１０．機能訓練等の実施状況（直近２ヶ月の状況）

区分	加算名	年 月			年 月		
		入所(利用) 実人員 (人)	算定実人員 (人)	算定延回数 (回)	入所(利用) 実人員 (人)	算定実人員 (人)	算定延回数 (回)
入所者	短期集中リハビリテーション実施						
	認知症短期集中リハビリテーション実施						
通所リハ	リハビリテーションマネジメント（Ａ）イ						
	リハビリテーションマネジメント（Ａ）ロ						
	リハビリテーションマネジメント（Ｂ）イ						
	リハビリテーションマネジメント（Ｂ）ロ						
	短期集中個別リハビリテーション実施						
	認知症短期集中リハビリテーション実施（Ⅰ）						
	認知症短期集中リハビリテーション実施（Ⅱ）						

１１．機能訓練のための設備

（例：平行棒、滑車等）

１２．機能訓練等の実施方法等

	実施場所	実施時間	担当職種	備考
個別訓練		１人あたり 分 ～ 分		
集団訓練		１回あたり 時間 ～ 時間		
レクリエーション		１回あたり 時間 ～ 時間		

【運営状況等（３）】

【運営状況（４）】

13. 虐待の防止

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○)	施設長 医師 生活相談員 看護職員 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 有 ・ 無				
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					
虐待の防止のための研修の実施	定期的研修 新規採用時 記録の整備	有 ・ 無 年 回			
		有 ・ 無			
		有 ・ 無			
		有 ・ 無			

14. 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。

15. 認知症介護に係る基礎的な研修

無資格者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置の内容

16. 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(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	

17. 業務継続計画(※)

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 記録の整備	有 ・ 無 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。

18. 協力医療機関の状況(歯科を含む)

(協力医療機関との連携については、令和9年3月31日までは努力義務)

【協力医療機関との連携内容一覧(下記の医療機関ごとの連携内容の欄に該当する番号を入力)】

- ① 入所者の病状が急変した場合等に、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保している。
② 施設から診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保している。
③ 入所者の病状が急変した場合等に、医師等の診療により入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している。
④ 入所者の病状の急変等の緊急時における対応方法について、1年に1回以上確認をしている。
⑤ 新興感染症の発生時等の対応について協議を行っている。(第二種協定指定医療機関のみ)

医療機関名			
診療科目			
病床数	床	契約の有無	有 ・ 無
施設からの距離	km	車で	分
委託金額	円		
感染症予防法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関	該当 ・ 非該当		
連携内容(上記の①～⑤について、当該医療機関と連携している事項の番号を入力)			

医療機関名			
診療科目			
病床数	床	契約の有無	有 ・ 無
施設からの距離	km	車で	分
委託金額	円		
感染症予防法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関	該当 ・ 非該当		
連携内容(上記の①～⑤について、当該医療機関と連携している事項の番号を入力)			

【運営規程及び重要事項説明書】 [介護老人保健施設]
※運営規程ごとに作成してください。

施設名

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
施設の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入居定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【ユニット型のみ】ユニットの数及びユニットごとの入居定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
施設の利用に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他施設の運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐		☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
利用料その他の費用の額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制及び窓口（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
守秘義務	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入所定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※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。

【運営規程及び重要事項説明書】

[短期入所療養介護]

※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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
サービスの内容及び利用料その他の費用の額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通常の送迎の実施地域	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
施設利用に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通常の事業の実施地域	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
利用料その他の費用の額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制及び窓口（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
守秘義務	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
利用定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※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。

（※2）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。