地域密着型サービス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。		
担当者（問い合わせ先）	（ふりがな） （役職）　　（氏名）		
電話番号		ＦＡＸ番号	
メールアドレス			

今回の運営指導対象事業の種類（対象事業にチェック）	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
□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	様式1	様式2	様式3-1	様式3-6	様式3-7		
□ 地域密着型通所介護	様式1	様式2	様式3-2	様式3-6	様式3-8		
□ 認知症対応型通所介護	様式1	様式2	様式3-2	様式3-6	様式3-8		
□ 小規模多機能型居宅介護	様式1	様式2	様式3-3	様式3-6	様式3-8		
□ 認知症対応型共同生活介護	様式1	様式2	様式3-4	様式3-6	様式3-8		
□ 看護小規模多機能型居宅介護	様式1	様式2	様式3-5	様式3-6	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】

法　人　の　名　称	
代表者の職・氏名	
主たる事業所の所在地	〒
法人等の行う主な事業内容（当該事業を除く）	（　事業名・開始年月　）
連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護	該当　・　非該当
	連携事業者名　（　　）
	連携事業所名　（　　）

〔非常災害対策等について〕

防火管理者の選任状況	有無	
	氏名	
	選任の届出年月日	
消防計画の作成状況	有無	
	届出年月日	

〔当該事業所の実施事業の推移〕　（指定後、現在までの変更内容）

※当初及び追加・廃止のあったとき記入してください。（最終記入行が現在の状況）

※指定全事業に〇印（介護予防サービスは「予」印）をお願いします。

（介護）	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	看護小規模多機能型居宅介護				
年　月～										
年　月～										
年　月～										
年　月～										
定　員										
現　員										

〔協力医療機関の状況について（歯科を含む）〕

医療機関名			
診療科目			
契約の有無			
委託金額	円	円	円

〔当該事業所の社会保険・労働保険の加入について〕

事業所名	社会保険 整理記号番号	労働保険 労働保険番号

※社会保険・労働保険の加入は法律により義務付けられています。

【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		勤務時間	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(※1) 勤務年月数	備考(※2)
			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	(記載例)	勤務開始	9:00	9:00		10:45					18:00	0:00					9:00	9:00		10:45					18:00	0:00					9:00	9:00		92:30		c	
氏名	(記載例)	勤務終了	18:00	18:00		15:00					24:00	9:00					18:00	18:00		15:00					24:00	9:00					18:00	18:00				年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種		勤務開始																																			
氏名		勤務終了																																		年　月	
職種・氏名		勤務時間	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

(※1) 勤務形態については、次の区分から該当のものを選択してください。　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

(※2) 「備考」には、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、その内容と年月日を記載してください。

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。

【職員一覧】

様式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）　地域密着型通所介護

指導実施月の前々月の職員配置状況（　令和〇年〇月の状況　※月中の採用者・退職者を含みます。）

職種	氏名	勤務時間	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（※1）	勤務年月数	備考（※2）
			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					
			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	水					
職種	管理者	勤務開始	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	184:00	社会福祉士	b		
氏名	〇〇 〇〇	勤務終了	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00			5年4月		
職種	サービス管理責任者	勤務開始	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	184:00	社会福祉士	b		
氏名	〇〇 〇〇	勤務終了	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00			5年4月		
職種	生活支援員	勤務開始	18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		135:00		c		
氏名	△△ △△	勤務終了	24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00				2年1月		
職種	看護職員	勤務開始	13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	86:00	看護師	c		グループホーム〇〇の世話人と兼務（21時間）
氏名	□□ □□	勤務終了	17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00			1年		
職種・氏名		勤務時間	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
			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	水					

（※1）勤務形態については、次の区分から該当のものを選択してください。　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

（※2）「備考」には、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、その内容と年月日を記載してください。

■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（管理者と生活支援員等）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・医師・(管理)栄養士・サービス管理責任者・サービス提供責任者・地域移行(定着)支援従事者・生活支援員・看護職員・職業指導員・就労支援員・世話人・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等・
相談支援専門員・地域移行支援員・児童発達支援管理責任者・児童指導員・保育士・指導員・機能訓練担当職員・訪問支援員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日に勤務した時間について、上段に勤務開始時刻、下段に勤務終了時刻を入力してください。勤務時刻は「0：00」の形式で入力し、夜勤等で日をまたぐ勤務の場合は、勤務終了時刻を「24：00」、勤務開始時刻を「0：00」としてください。
・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、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー２級、１級、社会福祉主事、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、医師、保育士、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、該当のものを選択してください。
【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、歴月で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して取り扱います。
【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の障害福祉サービス事業所等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）】
［定期巡回・随時対応型訪問介護看護］

※事業所の平面図を添付してください。

１．前年度平均利用者数等

	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
登録者数													
サービス利用者延数													
営業日													

２．介護保険給付外の自己負担分（食材料費、交通費など）

内容	金額／単位（月・回）	内容	金額／単位（月・回）

３．サービスの質の評価及び改善状況について

事業者自らによる評価	実施 ・ 未実施
外部の者（介護・医療連携推進会議を含む）による評価	実施 ・ 未実施
評価結果及び改善内容の公表	実施 ・ 未実施
上記の公表を実施している場合、その方法	

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】［定期巡回・随時対応型訪問介護看護］

4．利用者に対する処遇の取組方針（既存資料の活用可）

事故発生防止等に関する対策	
苦情処理体制	
従業者の定期健康診断の状況	
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）	

5．介護・医療連携推進会議（以下、この項目において「会議」という）の状況

会議の構成員 （該当する職種又は外部関係者の所属等を記載）	（例）管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など		
会議の開催頻度等	年　　回	直近の開催年月日（令和　　年　　月　　日） ※直近の会議の記録を1部提出してください。	
会議への報告及び会議から評価等の記録の有無	有　・　無	記録の公表の有無	有　・　無
会議の記録の公表方法（事業所ホームページ等）		直近の公表年月日（令和　　年　　月　　日）	
外部評価を行った会議の直近の開催年月日	令和　　年　　月　　日		

【基本情報及び運営状況等（サービス別）［地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護］

※本様式は、「**事業ごと**」かつ「**１単位につき１枚**」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。

（事業所名）　　（　　単位目）

１．事業の実施状況

実施単位数	単　位		
営業時間（送迎時間を含む）	：　～　：		
サービス提供時間帯（送迎時間を除く）	：　～　：		
１日あたりの提供時間（送迎時間を除く）	時間　分		
営業日（○印）	月・火・水・木・金・土・日・祝		
宿泊サービスの実施	有・無	宿泊サービスの責任者名	
宿泊サービスの届出	有・無		

２．（１）　職員数　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

※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。）

月あたりの常勤職員の勤務時間数	時　間		
機能訓練室＋食堂の面積	㎡		
	人員　注１	常勤職員の人数	月あたりのサービス提供時間帯の勤務延時間数
管理者	人	人（うち兼務　人）	時間
生活相談員	人	人（うち兼務　人）	時間
介護職員	人	人（うち兼務　人）	時間
看護職員	人	人（うち兼務　人）	時間
機能訓練指導員	人	人（うち兼務　人）	時間
合計	人		時間

注１　兼務の場合はそれぞれ１人と数えます。

（２）　生活相談員の事業所外での勤務

活動内容（具体的に）	

（３）　看護職員の配置

病院等との連携	無　・　併用　・　有
契約先病院等名	

３．定員の推移

	１単位目
現在の状況（　年　月～）	人
年　月～	人
年　月～	人
年　月～	人

新 ↕ 旧

４．直近月の利用者実人員

※契約者数

年　月時点	

５．一週間の利用者数等（　　月　　日から一週間）［実績］

サービス提供日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
要介護利用者	人	人	人	人	人	人	人
介護職員の配置延べ時間数　注２	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

注２　人員配置基準上の介護職員の配置時間数の合計（実績）

６．介護保険給付外の自己負担分（おやつ代、教養娯楽費など）

内容	金額／単位（月・回）	内容	金額／単位（月・回）

【基本情報及び運営状況等（サービス別）】［地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護］

７．前年度利用者数（定員　　人）

利用月	各月の利用延べ人数					
	地域密着型サービス（要介護）					
	３時間以上 ４時間未満	４時間以上 ５時間未満	５時間以上 ６時間未満	６時間以上 ７時間未満	７時間以上 ８時間未満	８時間以上 ９時間未満
４月	人	人	人	人	人	人
５月	人	人	人	人	人	人
６月	人	人	人	人	人	人
７月	人	人	人	人	人	人
８月	人	人	人	人	人	人
９月	人	人	人	人	人	人
１０月	人	人	人	人	人	人
１１月	人	人	人	人	人	人
１２月	人	人	人	人	人	人
１月	人	人	人	人	人	人
２月	人	人	人	人	人	人
３月	人	人	人	人	人	人
合計 （１２ヵ月分）	人	人	人	人	人	人

※　利用者延べ人数は利用日ごとの利用者数を月計して記入してください。

※　利用者数は昨年４月から今年3月までの12か月分を記入してください。

様式３－２②

【基本情報及び運営状況等（サービス別）】［地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護］

８．利用者に対する処遇の取組方針（既存資料の活用可）

レクリエーションの実施 （外出・行事含む）	
事故発生防止等に関する対策	
苦情処理体制	
従業者の定期健康診断の状況	
災害事故防止対策 （基本方針、重度者への配慮、地域防災組織との連携状況等）	
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）	

９．サービスの質の評価及び改善状況について

事業者自らによる評価	実施　・　未実施
外部の者（運営推進会議を含む）による評価	実施　・　未実施
評価結果及び改善内容の公表	実施　・　未実施
上記の公表を実施している場合、その方法	

10．運営推進会議（以下、この項目において「会議」という）の状況

会議の構成員 （該当する職種又は外部関係者の所属等を記載）	（例）管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など		
会議の開催頻度等	年　回	直近の開催年月日（令和　年　月　日） ※直近の会議の記録を1部提出してください。	
会議への報告及び会議から評価等の記録の有無	有　・　無	記録の公表の有無	有　・　無
会議の記録の公表方法（事業所ホームページ等）		直近の公表年月日（令和　年　月　日）	
外部評価を行った会議の直近の開催年月日	令和　年　月　日		

【基本情報及び運営状況等（サービス別）［小規模多機能型居宅介護］

（事業所名）　　（　　単位目）

※本様式は**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．通いサービスの実施状況

営業時間（送迎時間を含む）	：　～　：
サービス提供時間帯（送迎時間を除く）	：　～　：
１日あたりの提供時間（送迎時間を除く）	時間　分
営業日（○印）	月・火・水・木・金・土・日・祝

２．（１）事業者の代表者

代表者職名		代表者氏名	
研修の受講・資格取得状況			

（２）　職員数　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

※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。）

月あたりの常勤職員の勤務時間数			時　間
	人員　注１	常勤職員の人数	月あたりのサービス提供時間帯の勤務延時間数
管理者	人	人（うち兼務　人）	時間
介護従業者	人	人（うち兼務　人）	時間
看護師・准看護師	人	人（うち兼務　人）	時間
介護支援専門員	人	人（うち兼務　人）	時間
合計	人		時間

注１　兼務の場合はそれぞれ１人と数えます。

（３）　看護職員の配置

病院等との連携	無　・　併用　・　有
契約先病院等名	

３．定員の推移

	登録定員	通いサービス	宿泊サービス
現在の状況（　年　月～）	人	人	人
年　月～	人	人	人
年　月～	人	人	人
年　月～	人	人	人

新 ↑ ↓ 旧

４．直近月の利用者実人員

年　月時点	

※契約者数

５．一週間の利用者数等（　　月　　日から一週間）［実績］

サービス提供日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
通いサービス	人	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人	人
訪問サービス	人	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人	人
宿泊サービス	人	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人	人
介護職員の配置延べ時間数　注２	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

注２　人員配置基準上の介護職員の配置時間数の合計（実績）

※上段に要介護、下段に要支援の利用者数を記入すること。

６．介護保険給付外の自己負担分（おやつ代、教養娯楽費など）

内容	金額／単位（月・回）	内容	金額／単位（月・回）

【基本事項及び運用状況等（サービス別）】［小規模多機能型居宅介護］

７．（１）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

（２）身体的拘束等の適正化のための措置の実施状況

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 構成メンバーに〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無
		直近の開催日	年　　月　　日
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　（年　　回）　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	新規採用時	有　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	記録の整備	有　・　無	

８．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 構成メンバーに〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無

【基本情報及び運営状況等（サービス別）】［小規模多機能型居宅介護］

９．利用者に対する処遇の取組方針（既存資料の活用可）

レクリエーションの実施 （外出・行事含む）	
事故発生防止等に関する対策	
苦情処理体制	
従業者の定期健康診断の状況	
災害事故防止対策 （基本方針、重度者への配慮、地域防災組織との連携状況等）	
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）	

１０．サービスの質の評価及び改善状況について

事業者自らによる評価	実施　・　未実施
外部の者（運営推進会議を含む）による評価	実施　・　未実施
評価結果及び改善内容の公表	実施　・　未実施
上記の公表を実施している場合、その方法	

11．運営推進会議（以下、この項目において「会議」という）の状況

会議の構成員 （該当する職種又は外部関係者の所属等を記載）	（例）管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など		
会議の開催頻度等	年　回	直近の開催年月日（令和　年　月　日） ※直近の会議の記録を1部提出してください。	
会議への報告及び会議から評価等の記録の有無	有　・　無	記録の公表の有無	有　・　無
会議の記録の公表方法（事業所ホームページ等）		直近の公表年月日（令和　年　月　日）	
外部評価を行った会議の直近の開催年月日	令和　年　月　日		

【基本事項及び運用状況等（サービス別）】[認知症対応型共同生活介護]
※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．利用人員　（注）ユニットごとに作成すること。

ユニット名	
定員	

２．事業者の代表者

代表者職名		代表者氏名	
研修の受講・資格取得状況			

３．前年度平均利用者数等

	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 (a)
延利用者数													
											平均利用者数(a)÷365		

４．介護保険給付外の自己負担分（おやつ代、教養娯楽費など）

内容	金額／単位（月・回）	内容	金額／単位（月・回）

５．サービスの質の評価及び改善状況について

事業者自らによる評価	実施　・　未実施
外部の者（運営推進会議を含む）による評価	実施　・　未実施
評価結果及び改善内容の公表	実施　・　未実施
上記の公表を実施している場合、その方法	

【基本事項及び運用状況等（サービス別）】［認知症対応型共同生活介護］

５．（１）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

（２）身体的拘束等の適正化のための措置の実施状況

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 構成メンバーに〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無
		直近の開催日	年　　月　　日
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　（年　　回）　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	新規採用時	有　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	記録の整備	有　・　無	

６．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 構成メンバーに〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無

【基本事項及び運用状況等（サービス別）】［認知症対応型共同生活介護］

7．利用者に対する処遇の取組方針（既存資料の活用可）

レクリエーションの実施 （外出・行事含む）	
事故発生防止等に関する対策	
苦情処理体制	
従業者の定期健康診断の状況	
災害事故防止対策 （基本方針、重度者への配慮、地域防災組織との連携状況等）	
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）	

8．運営推進会議（以下、この項目において「会議」という）の状況

会議の構成員 （該当する職種又は外部関係者の所属等を記載）	（例）管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など		
会議の開催頻度等	年　　回	直近の開催年月日（令和　　年　　月　　日） ※直近の会議の記録を1部提出してください。	
会議への報告及び会議から評価等の記録の有無	有　・　無	記録の公表の有無	有　・　無
会議の記録の公表方法（事業所ホームページ等）		直近の公表年月日（令和　　年　　月　　日）	
外部評価を行った会議の直近の開催年月日	令和　　年　　月　　日		

【基本情報及び運営状況等（サービス別）［看護小規模多機能型居宅介護］

※本様式は**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。

（事業所名）　　（　　単位目）

１．通いサービスの実施状況

営業時間（送迎時間を含む）	：　～　：
サービス提供時間帯（送迎時間を除く）	：　～　：
１日あたりの提供時間（送迎時間を除く）	時間　分
営業日（○印）	月・火・水・木・金・土・日・祝

２．（１）事業者の代表者

代表者職名		代表者氏名	
研修の受講・資格取得状況			

（２）　職員数　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

※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。）

月あたりの常勤職員の勤務時間数			時　間
	人員　注１	常勤職員の人数	月あたりのサービス提供時間帯の勤務延時間数
管理者	人	人（うち兼務　人）	時間
介護従業者	人	人（うち兼務　人）	時間
看護職員	人	人（うち兼務　人）	時間
（上記のうち、看護師）※再掲	人	人（うち兼務　人）	時間
介護支援専門員	人	人（うち兼務　人）	時間
合計	人		時間

注１　兼務の場合はそれぞれ１人と数えます。

（３）　看護職員の配置

病院等との連携	無　・　併用　・　有
契約先病院等名	

３．定員の推移

	登録定員	通いサービス	宿泊サービス
現在の状況（　年　月～）	人	人	人
年　月～	人	人	人
年　月～	人	人	人
年　月～	人	人	人

新 ↕ 旧

４．直近月の利用者実人員

※契約者数

年　月時点	

５．一週間の利用者数等（　　月　　日から一週間）［実績］

サービス提供日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
通いサービス	人	人	人	人	人	人	人
訪問サービス	人	人	人	人	人	人	人
宿泊サービス	人	人	人	人	人	人	人
介護職員の配置延べ時間数　注２	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

注２　人員配置基準上の介護職員の配置時間数の合計（実績）

※上段に要介護、下段に要支援の利用者数を記入すること。

６．介護保険給付外の自己負担分（おやつ代、教養娯楽費など）

内容	金額／単位（月・回）	内容	金額／単位（月・回）

【基本事項及び運用状況等（サービス別）】[看護小規模多機能型居宅介護]

7．（1）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

（2）身体的拘束等の適正化のための措置の実施状況

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〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無
		直近の開催日	年　　月　　日
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　（年　　回）　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	新規採用時	有　・　無	
	直近の実施日	年　　月　　日	
	記録の整備	有　・　無	

8．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〇）	管理者　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	年　　回	記録の有無	有　・　無

【基本情報及び運営状況等（サービス別）】［看護小規模多機能型居宅介護］

９．利用者に対する処遇の取組方針（既存資料の活用可）

レクリエーションの実施 （外出・行事含む）	
事故発生防止等に関する対策	
苦情処理体制	
従業者の定期健康診断の状況	
災害事故防止対策 （基本方針、重度者への配慮、地域防災組織との連携状況等）	
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）	

１０．サービスの質の評価及び改善状況について

事業者自らによる評価	実施　・　未実施
外部の者（運営推進会議を含む）による評価	実施　・　未実施
評価結果及び改善内容の公表	実施　・　未実施
上記の公表を実施している場合、その方法	

11．運営推進会議（以下、この項目において「会議」という）の状況

会議の構成員 （該当する職種又は外部関係者の所属等を記載）	（例）管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など		
会議の開催頻度等	年　回	直近の開催年月日（令和　年　月　日） ※直近の会議の記録を1部提出してください。	
会議への報告及び会議から評価等の記録の有無	有　・　無	記録の公表の有無	有　・　無
会議の記録の公表方法（事業所ホームページ等）		直近の公表年月日（令和　年　月　日）	
外部評価を行った会議の直近の開催年月日	令和　年　月　日		

【運営状況等（1）】

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〇）	管理者　医師　生活相談員 看護職員　介護職員 （　　）
上記委員会の開催頻度	年　　回	
直近の委員会開催日	年　　月　　日	
記録の有無	有 ・ 無	
専任の感染対策の担当者の氏名		
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
	研修頻度	年　　回
	直近の実施日	年　　月　　日
	新規採用時	有 ・ 無
	直近の実施日	年　　月　　日
	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	訓練の実施	有 ・ 無
	実施頻度	年　　回
	直近の実施日	年　　月　　日
	記録の整備	有 ・ 無

2．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。

3．認知症介護に係る基礎的な研修〔定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く〕

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

【運営状況等（2）】

4．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〇）	管理者　医師　生活相談員 看護職員　介護職員 （　　）
上記委員会の開催頻度	年　回	
直近の委員会開催日	年　月　日	
記録の有無	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	有　・　無
	研修頻度	年　回
	直近の実施日	年　月　日
	新規採用時	有　・　無
	直近の実施日	年　月　日
	記録の整備	有　・　無

5．身体的拘束等の実施状況〔小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を除く〕

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（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

6．業務継続計画（※）

感染症等に係る業務継続計画の策定状況	有　・　無	作成日　年　月　日
感染症等に係る業務継続計画の研修の実施 （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
	研修頻度	年　回
	直近の実施日	年　月　日
	新規採用時	有　・　無
	直近の実施日	年　月　日
	記録の整備	有　・　無
感染症等に係る業務継続計画の訓練の実施	訓練の実施	有　・　無
	実施頻度	年　回
	直近の実施日	年　月　日
	記録の整備	有　・　無
非常災害等に係る業務継続計画の策定状況	有　・　無	作成日　年　月　日
非常災害等に係る業務継続計画の研修の実施 （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
	研修頻度	年　回
	直近の実施日	年　月　日
	新規採用時	有　・　無
	直近の実施日	年　月　日
	記録の整備	有　・　無
非常災害等に係る業務継続計画の訓練の実施	訓練の実施	有　・　無
	実施頻度	年　回
	直近の実施日	年　月　日
	記録の整備	有　・　無

（※）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。

【運営規程及び重要事項説明書】　　［定期巡回・随時対応型訪問介護看護］

※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	□	□	□	□	□	□	□
営業日及び営業時間	□	□	□	□	□	□	□
サービスの内容及び利用料その他の費用の額	□	□	□	□	□	□	□
通常の事業の実施地域	□	□	□	□	□	□	□
緊急時等における対応方法	□	□	□	□	□	□	□
合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法	□	□	□	□	□	□	□
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	□	□	□	□	□	□	□
合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法	□	□	□	□	□	□	□
【連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のみ】指定訪問看護事業所との連携の内容	□	□	□	□	□	□	□
【他の指定訪問介護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所に事業の一部委託を行う場合のみ】委託業務の内容	□	□	□	□	□	□	□
【他の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と一体的に随時対応サービスを行う場合のみ】事業所間の連携の内容等	□	□	□	□	□	□	□
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。

【運営規程及び重要事項説明書】　［地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護］

※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	□	□	□	□	□	□	□
営業日及び営業時間（※1）	□	□	□	□	□	□	□
利用定員（※2）	□	□	□	□	□	□	□
各サービスの内容及び利用料その他の費用の額	□	□	□	□	□	□	□
通常の事業の実施地域（※3）	□	□	□	□	□	□	□
サービス利用に当たっての留意事項（※4）	□	□	□	□	□	□	□
緊急時等における対応方法（※5）	□	□	□	□	□	□	□
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	□	□	□	□	□	□	□

（※1）営業日及び営業時間…認知症対応型共同生活介護を除く。

（※2）利用定員…小規模多機能型居宅介護においては、「指定小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員」。
看護小規模多機能型居宅介護においては、「指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員」。

（※3）通常の事業の実施地域…認知症対応型共同生活介護を除く。

（※4）サービス利用に当たっての留意事項…認知症対応型共同生活介護においては、「サービス利用」を「入居」と読み替える。

（※5）緊急時等における対応方法…認知症対応型共同生活介護を除く。

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	□	□	□	□		□	□
従業者の勤務体制	□	□	□	□	□	□	□
通常の事業の実施地域（※6）	□	□	□	□	□	□	□
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（※7）	□	□	□	□	□	□	□
守秘義務	□	□	□	□	□	□	□
利用定員（※8）	□	□	□	□	□	□	□
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（※9）	□	□	□	□	□	□	□

（※6）通常の事業の実施地域…認知症対応型共同生活介護を除く。

（※7）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。

（※8）利用定員…小規模多機能型居宅介護においては、「登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員」。

（※9）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。