

令和 7 年度

社会福祉施設指導監査提出資料（施設運営関係）

老人福祉施設

法人名	
法人 代表者名	
施設名	
指導監査 実施日時	令和 年 月 日 時 分より

※資料は施設ごとに作成してください。

※資料の作成については年度、日時の指示があるもの以外は監査資料作成時で記載してください。

本資料に ついての 問合せ先	職名		氏名	
	連絡先 (TEL)			

1. 施設の概況

(1)施設の概要

施設名			事業開始年月日	年	月	日		
施設種別		従来型 ・ ユニット型	定款(条例)制定年月日	年	月	日		
施設所在地	郵便番号 (-)		当初認可定員	人 (ショート 人)				
			変更定員・変更年月日	人 (人)	年	月	日	
電話番号等	(TEL)	(FAX)	〃	人 (人)	年	月	日	
	(E-mail)		〃	人 (人)	年	月	日	
施設長氏名			〃	人 (人)	年	月	日	
施設認可年月日	年	月	日	現在認可定員	人 (人)	年	月	日
法人名			現員(年 月 日現在)	人 (人)	年	月	日現在	
法人住所	郵便番号 (-)							

(2)建物設備の状況

ア 土地

	前年度3月31日現在	前年度中増減
自己所有地	㎡	㎡
借地	㎡	㎡
計	㎡	㎡
所有者		

借地(借地がある場合のみ記入してください。)

借地料年額	円	
地上権、賃借権設定の状況	有	無
賃借契約の有無	有	無

ウ 居室の状況

	室数	1人当り面積
1 人部屋	室	㎡
2 人部屋	室	㎡
3 人部屋	室	㎡
4 人部屋	室	㎡
人部屋	室	㎡
人部屋	室	㎡
人部屋	室	㎡
人部屋	室	㎡
人部屋	室	㎡
計	室	㎡

イ 建物

	前年度3月31日現在	前年度中増減	スプリンクラーの設置有無
耐火構造	㎡	㎡	有 無
準耐火構造	㎡	㎡	有 無
簡易耐火構造	㎡	㎡	有 無
木造	㎡	㎡	有 無
計	㎡	㎡	

エ 設備

	室数	床面積		室数	床面積
居室(寝室)		㎡	洗濯室		㎡
静養室		㎡	浴室		㎡
医務室		㎡	洗面室		㎡
介護職員室		㎡	便所		㎡
看護職員室		㎡	男子用 ケ		㎡
事務室		㎡	女子用 ケ		㎡
宿直室		㎡	汚物処理室		㎡
厨房		㎡	集会室		㎡
食堂		㎡	談話室		㎡
機能訓練室		㎡	共同生活室		㎡
介護材料室		㎡	(具体的に)		
面接室(面談室)		㎡			㎡
霊安室		㎡			㎡
		㎡			㎡
		㎡	計		㎡

(注) 本表は資料作成時の状況により記入してください。

2. 職員の配置状況

(1) 職種別職員充足状況

(年 月 日現在)

区分	職種別		直接処遇職員										栄養士	医師		調理員	その他	合計
	施設長	事務員	主任相談員	生活相談員	介護職員	主任支援員	支援員	看護職員	機能訓練指導員	介護支援専門員	小計	専任		嘱託				
配置基準数(A)																		
加算に係る人員加配分(B)																		
現員	常勤職員(C)																	
	非常勤職員	職員数 常勤換算人数(D)																
差引過不足(C+D-A-B)																		
												前年度平均入所者数		人				

(注) ・ 嘱託医は、「合計」欄に含めないでください。

・ 「差引過不足(C+D-A-B)」については、人員基準を満たしていても、マイナスの値が表示されることがありますので、値の修正はしないでください。

(2) 医師の状況

(年 月 日現在)

区分	医師名				
医療機関名					
診療科目					
給与 貸金	契約額	円	円	円	円
	前年度総支給額 (税込み)	円	円	円	円
	うち措置費 支出額	円	円	円	円
嘱託医契約の有無		有 無	有 無	有 無	有 無
勤務の形態					
1回当たり診療人数		人	人	人	人
保険請求の有無		有 無	有 無	有 無	有 無

(3) 職員未充足に対する補充計画 (年 月 日現在)

欠員職種		
欠員人数		
欠員期間		
補充計画		

(注) 本表は、資料作成時において職員配置基準数に対して欠員を生じている場合に記入してください。

3. 職員の採用・退職の状況

(1) 職員の採用・退職の状況

区分		職種別	施設長	事務員	直接処遇職員							栄養士	医師		調理員	その他	合計
					主任相談員	生活相談員	介護職員	主任支援員	支援員	看護職員	機能訓練指導員		介護支援専門員	小計			
前々年度末職員数																	
前年度	年度中	採用															
		退職															
前年度末職員数																	
今年度	年度中	採用															
		退職															
月 日現在職員数																	

- (注) 1. 本表は、常勤職員(1日6時間以上、かつ月20日以上勤務する、いわゆる常勤パート職員を含む。)について記入してください。
 2. 「月 日現在職員数」については、資料作成時の状況により記入してください。
 3. 3月31日退職者については、「年度中の退職」欄に計上し、「年度末職員数」には含めないでください。
 4. 「採用」、「退職」数には、法人・施設間内部での異動者数を含めてください。
 5. 嘱託医は「合計」欄に含めないでください。

(2) 退職者の状況(前年度4月1日以降)

年月日	職種	氏名	備考	年月日	職種	氏名	備考	年月日	職種	氏名	備考	年月日	職種	氏名	備考

(注) 定年退職者の場合、備考欄に定年と記入してください。

(3) 労務事務の社会保険労務士等への委託の状況

委託の有無	有	無	委託先
委託内容			

4. 職員の状況

◎現施設就職年月日の入力方法
 (令和6年4月1日の場合は、「R6/4/1」または「2024/4/1」と入力して下さい。表示は「R6.4.1」となります。)

(1) 職員の給与等(正規職員用)

年 月 日現在

職種 ※1	専任・兼任の別	氏名	経験年数		直近1年間の昇給の有無	前年度給与支給総額(賞与を含む)	法人役員との関係等	保険等関係				前年の年休取得日数※2	(年 月分) 給与支給額 ※3								備考							
			年齢	現施設 就職 年月日				他の 福祉 施設 経験 年数	労災 保険	雇用 保険	健康 保険		厚生 年金	本俸		諸手当						合計						
														号給	月額													
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
					有 無																							
合計																												

※1 職種欄で「その他」を選択した場合は、備考欄に職種名を記載してください。

※2 「前年の年休取得日数」欄には、前年(又は前年度)の一年間の年次有給休暇の取得日数を記入してください。

※3 給与支給額は、指導監査の直近に支給された金額(賞与を除く。)を記載して下さい。また、給与支給額の欄(太線に囲われた枠内)に限り、資料の各項目がわかる給与支払台帳等の添付をもって、資料への記載に代えることができます。(他の項目は、記載が必要です。)

◎現施設就職年月日の入力方法
 (令和6年4月1日の場合は、「R6/4/1」または「2024/4/1」と入力して下さい。表示は「R6.4.1」となります。)

4-(2)職員の給与等(その他の職員用)

年 月 日現在

職種 ※1	専任・兼任の別	氏名	経験年数		直近1年間の昇給の有無	前年度給与支給総額(賞与を含む)	法人役員との親関係等	保険等関係				前年の年休取得日数※2	(年 月分)給与支給額※3								備考						
			現施設 年月日	他の社会福祉施設 経験年数				労災保険	雇用保険	健康保険	厚生年金		諸手当														
													号給	月額										合計			
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
					有 無																						
合計					有 無																						

※1 職種欄で「その他」を選択した場合は、備考欄に職種名を記載してください。
 ※2 「前年の年休取得日数」欄には、前年(又は前年度)の一年間の年次有給休暇の取得日数を記入してください。
 ※3 給与支給額は、指導監査の直近に支給された金額(賞与を除く。)を記載して下さい。また、給与支給額の欄(太線に囲われた枠内)に限り、資料の各項目がわかる給与支払台帳等の添付をもって、資料への記載に代えることができます。(他の項目は、記載が必要です。)

4-(3) 職員の事務(職務)分掌の状況 ※既存の事務分掌表があれば、その写しでも差し支えありません。(A4サイズに調整してください。)

分掌事務(職務)	職種	担当者氏名

(注) 「分掌事務(職務)」とは、「ケアプランの作成に関すること。」、「勤務割に関すること。」、「給与に関すること。」、「消防計画、非常災害訓練に関すること。」など当該施設における事務(職務)などをいう。

4-(4). 職員の勤務状況等

①1日の勤務形態

(職種別:)

勤務形態	人数	勤務時間			始業時間	終業時間	休憩開始時間	休憩終了時間
		実働	休憩	計				
早番	人							
平常	人							
遅番	人							
準夜勤	人							
(宿直)	人							
深夜勤	人							
(宿直)	人							
	人							
	人							
	人							
・引継ぎ		週所定労働時間						
朝	時	分	時間		分			
夕	時	分	変形労働時間制の状況					
			有() 無					

(注)・本表は職種別に別葉として、時間の経過ごとの業務内容を具体的に記入してください。
「準夜勤」及び「深夜勤」欄については、一人一人の勤務時間割を記入してください。ただし複数勤務の場合でも休憩時間等勤務割が全く同一の場合は、一勤務形態のみ記入してください。

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労働基準法に基づく整備状況(直近のもの)

労働基準法	整備状況	
第24条関係(賃金控除)	年 月 日	締結
第32条の2関係 (1か月単位の変形労働時間制)	就業規則への記載の有無	有 無
	年 月 日	締結
第32条の4関係 (1年単位の変形労働時間制)	年 月 日	届出
	年 月 日	締結
第36条関係 (超過勤務等)	年 月 日	締結
	年 月 日	届出
第41条関係(宿直許可)	年 月 日	許可
第89条関係 (就業規則の変更届出)	年 月 日	締結
	年 月 日	届出

4-(5)1ヶ月の勤務割

(年 月分実績)

※監査実施日の前々月(監査実施日未定の場合は通知の前月)について記載してください。

職種(※1) 職員名	日付 曜日	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	実労働 時間 合計	職種に係る 所持資格	勤務 形態 (※2)	備考 (※3)			
			日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日					日	日	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		a	グループホーム○ ○の世話人と兼 務(21時間)
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							
職種		勤務開始																																						
氏名		勤務終了																																						
職種		勤務開始																																						
氏名		勤務終了																																						
職種		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	資格	勤務 形態	備考			

(注) 本表は、職種別に作成してください。

- ・(※1)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。
ユニット型施設の場合は、職種欄にユニットリーダーである旨を記載してください。
- ・(※2)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 (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。)
- ・(※3)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。
- ・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。
- ・兼務職員のうち同一事業の中で兼務する場合(看護職員と生活支援員等)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。
- ・当該様式に替えて、施設において作成している当該月の勤務表・シフト表など(実労働時間合計、各職員の氏名・職種・所持資格・勤務形態・兼務先等、各日の始業時刻及び終業時刻の記載のあるものに限る)を提出してもかまいません。

4-(6) 職員会議又は委員会等の実施状況(前年度4月～提出の前月までの状況)

会議の名称	実施日	参加者の職種	会議の主な内容(該当するものに○(複数選択可))	記録の有無
例) 安全委員会	①令和4年4月10日 ②令和4年7月10日 ③令和4年10月10日 ④令和5年1月10日 ⑤令和5年4月15日	①施設長、医師、看護職員、介護職員 ②施設長、事務長、生活相談員、栄養士 ③施設長、医師、看護職員、介護職員 ④施設長、事務長、生活相談員、栄養士 ⑤施設長、医師、看護職員、介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ○ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 ・ 事故発生の防止のための委員会 ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会 ・ 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 ・ その他() 	有 無

(注) 職員会議・処遇会議・給食運営会議等各種会議の実施状況について記入してください。

同じ会議を複数回開催している場合は、それら全てを記載してください。(会議内容が大きく変わらない場合は、実施日ごとに記載を分けず、実施日の欄に複数の実施日を記載していただいても差し支えありません。)

4-(7) 施設職員の施設内研修状況等(前年度4月～提出の前月までの状況)

研修の名称	実施日	参加者の職種	出席者数	研修内容(該当するものに○(複数選択可))	記録の有無	研修方法(該当に○(複数選択可))
例)ヒヤリハットから学ぶ 事故防止	①令和4年5月15日 ②令和4年10月15日 ③令和5年4月20日	①②③介護職員、 看護職員	①10名 ②8名 ③12名	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ○ 事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ○ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()
				<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための研修 ・感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・事故発生の防止のための研修 ・虐待の防止のための研修 ・業務継続計画に係る研修 ・その他() 	有 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議室等で集団で実施 ・ オンラインやビデオ等で実施 ・ 研修内容資料の周知、供覧等 ・ その他()

(注) 本表は、全職種について記入してください。
 同じ内容の研修を複数回開催している場合は、それら全てを記載してください。(研修内容が大きく変わらない場合は、実施日ごとに記載を分けず、実施日の欄に複数の実施日を記載していただいても差し支えありません。)

4-(8) 施設職員の施設外研修状況等(前年度4月～提出の前月までの状況)

研修の名称	実施日	参加者の職種	出席者数	研修内容(該当するものに○(複数選択可))	記録の有無	場所
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等の適正化のための研修 ・ 感染症及び食中毒の予防及び及びまん延の防止のための研修 ・ 事故発生の防止のための研修 ・ 虐待の防止のための研修 ・ 認知症介護基礎研修 ・ その他() 	有 無	

(注) 本表は、全職種について記入してください。
 同じ内容の研修を複数回開催している場合は、それら全てを記載してください。(研修内容が大きく変わらない場合は、実施日ごとに記載を分けず、実施日の欄に複数の実施日を記載していただいても差し支えありません。)

4-(9) 認知症介護に係る基礎的な研修

無資格者に対して、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実施状況 (「有」の場合は、以下に具体的な措置の内容を記載すること)	有 無

5. 労働安全衛生

(1) 職員の健康診断(前年度) (※)必須項目

雇い入れ時健康診断

検査内容	実施しているものに○	対象職種	対象人数	実施日	検査機関
問診等(既往症・業務歴・自覚症状)(※)					
身長(※)					
体重(※)					
視力(※)					
聴力(※)					
血圧(※)					
尿検査(糖・蛋白)(※)					
腹囲(※)					
貧血(血色素量・赤血球数)(※)					
肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)(※)					
血糖検査(空腹時血糖orヘモグロビンA1C)(※)					
血中脂質検査(TG、HDL-cho、LDL-cho)(※)					
心電図検査(※)					
胸部X線検査(※)					

35歳、40歳以上の職員以外の健康診断

検査内容	実施しているものに○	対象職種	対象人数	実施日	検査機関
問診等(既往症・業務歴・自覚症状)(※)					
身長					
体重(※)					
視力(※)					
聴力(※)					
血圧(※)					
尿検査(糖・蛋白)(※)					
腹囲					
貧血(血色素量・赤血球数)					
肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)					
血糖検査(空腹時血糖orヘモグロビンA1C)					
血中脂質検査(TG、HDL-cho、LDL-cho)					
心電図検査					
胸部X線検査					

35歳、40歳以上の職員に対する健康診断

検査内容	実施しているものに○	対象職種	対象人数	実施日	検査機関
問診等(既往症・業務歴・自覚症状)(※)					
身長					
体重(※)					
視力(※)					
聴力(※)					
血圧(※)					
尿検査(糖・蛋白)(※)					
腹囲(※)					
貧血(血色素量・赤血球数)(※)					
肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)(※)					
血糖検査(空腹時血糖orヘモグロビンA1C)(※)					
血中脂質検査(TG、HDL-cho、LDL-cho)(※)					
心電図検査(※)					
胸部X線検査(※)					

深夜業従事者(夜勤、宿直を含む)に対する2回目の健康診断

検査内容	実施しているものに○	対象職種	対象人数	実施日	検査機関
問診等(既往症・業務歴・自覚症状)(※)					
身長					
体重(※)					
視力(※)					
聴力(※)					
血圧(※)					
尿検査(糖・蛋白)(※)					
腹囲					
貧血(血色素量・赤血球数)					
肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)					
血糖検査(空腹時血糖orヘモグロビンA1C)					
血中脂質検査(TG、HDL-cho、LDL-cho)					
心電図検査					
胸部X線検査					

(2) 労働安全衛生法に基づくストレスチェックの状況
(労働者を常時50人以上使用している事業場のみ)

実施日(予定)	
---------	--

(3) 職員の腰痛対策

腰痛の発生	有() 無
予防対策	

(4) 産業医、衛生管理者の選任状況(労働者を常時50人以上使用している事業場のみ)

	氏名	選任年月日
産業医		

	氏名	選定年月日
衛生管理者		

6. 入所者の状況

(1) 年齢別・性別の状況

年 月 日現在

年齢 性別	60歳未満	60歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	90歳以上	計	平均 年齢
		65歳未満	70歳未満	75歳未満	80歳未満	90歳未満			
男	人	人	人	人	人	人	人	人	歳
女									
計									

(注)(1)、(3)、(4)は監査直近時の状況により記入してください

(2) 出身世帯との連携状況(前年度)

	年0回	年1回	年2回 ~5回	年6回 ~12回	年12回 以上	計
出身世帯の面会状況	人	人	人	人	人	人
出身世帯への状況報告方法						

(注) 出身世帯のある者に限る。

(3) 日常生活状況

区分	食 事			排 泄			着脱衣			入 浴			移 動			車椅子 使用者数	認知症 高齢者数
	自 立	一 部 介 助	全 部 介 助	自 立	一 部 介 助	全 部 介 助	自 立	一 部 介 助	全 部 介 助	自 立	一 部 介 助	全 部 介 助	自 立	一 部 介 助	全 部 介 助		
実数(人)																	
割合(%)																	

(注) 日常生活状況の区分は次の内容により区分すること。

- ①食 事
 - ・自立 自立具を使用してでも、自分で食事ができる。
 - ・一部介助 スプーン等を使用し一部介助すれば食事が出る。
 - ・全部介助 自ら食事を口に運ぶことはできない。
- ②排 泄
 - ・自立 自分で昼夜とも便所又はポータブルトイレを使ってできる
 - ・一部介助 介助があればポータブルトイレでできる。(夜間のみおむつも含む。)
 - ・全部介助 常時おむつを使用している。(便意・尿意がない)
- ③着 脱 衣
 - ・自立 ボタンやファスナー以外は自分で着脱できる。
 - ・一部介助 前開き上衣の袖は通せる。
 - ・全部介助 全くできない
- ④入 浴
 - ・自立 時折手を貸してでも自分で入浴でき、大まかに洗える。
 - ・一部介助 洗身・洗髪はできないが、一般浴を利用している。
 - ・全部介助 特浴・チェア浴を利用している。
- ⑤移 動
 - ・自立 杖等を使用し、かつ時間がかかっても自分で歩ける。
 - ・一部介助 乗降を介助してでも、車椅子の操作は自分でできる。
 - ・全部介助 車椅子を使用しても、乗降・操作は自分で不可能。もしくはストレッチャー使用。

(4) 要介護度の状況 ※措置入所者を除く

	男性	女性	合計
要 支 援	人	人	人
要介護度1			
要介護度2			
要介護度3			
要介護度4			
要介護度5			
平均要介護度			

7. 入所者の処遇状況

(1) 個別ケアプランの作成及び見直し

①ケアプランの作成について ・作成時期（初回作成時期） ・作成者及び決定者 ・作成手順・方法（関係者との協議状況等）
②ケアプランの見直しについて ・見直し時期 ・作成者及び決定者 ・見直し手順・方法（関係者との協議状況等）
ケース会議等の開催頻度 ・実施の有無、開催の頻度 ・会議の構成員

(2) 虐待防止のための措置

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	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
上記委員会の名称						
上記委員会の直近の開催日	年 月 日					
上記委員会の記録の有無、開催頻度	有	無	開催頻度	年	回	
虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者の職名・氏名						
介護職員等に対する虐待の防止のための研修の実施	定期的な研修(実施の頻度)	年 回				
	定期的な研修(直近の実施日)	年 月 日				
	新規採用時(実施の有無)	有 無				
	新規採用時(直近の実施日)	年 月 日				
	記録の整備	有 無				

(3) 身体拘束解消のための方策の実施状況

身体拘束実施の有無(前回監査以降)	有 (名)	無				
※実施の場合	実施の内容（ベッドの四本柵、車イスベルト、つなぎ服、ミトン手袋、ひも等による抑制、その他の抑制）					
	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無	有 (名) 無				
身体的拘束等の適正化のための指針等の整備状況	有	無	作成日	年	月	日
上記指針の名称						
身体的拘束適正化検討委員会の設置	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
上記委員会の名称						
上記委員会の直近の開催日	年 月 日					
上記委員会の記録の有無、開催頻度	有	無	開催頻度	年	回	
専任の身体的拘束等の適正化対策の担当者の職名・氏名						
職員に対する身体的拘束等の適正化のための研修の実施	定期的な研修(実施の頻度)	年 回				
	定期的な研修(直近の実施日)	年 月 日				
	新規採用時(実施の有無)	有 無				
	新規採用時(直近の実施日)	年 月 日				
	記録の整備	有 無				

(4) 寝たきりにさせないための方策(離床対策)の実施状況

※毎週定期的に行うレクリエーション、行事等についても記入してください。

7-(5) おむつ交換・体位変換実施状況 ※特別養護老人ホームのみ

年 月 日現在

区分 施設名:	対象人数 人	定 時 交 換											1人当り 一日平均 回数
		回数 回	時 間										
			時分	時分	時分	時分	時分	時分	時分	時分	時分	時分	
おむつ	常時		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	夜間のみ		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
体位	褥瘡者		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	その他		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	

7-(6) 褥瘡がある者についての状況 ※特別養護老人ホームのみ

年 月 日現在

氏名	年齢	入所年月日	発症年月日	発症の要因	褥瘡の部位・程度		具体的対応	
					最も悪化した状況	直近時	施設における処遇及び対応	医師の意見

(注)1. 「発症の要因」欄には、「入院時(年 月 日～ 年 月 日)に発症」「帰省時(年 月 日～ 年 月 日)に発症」等簡潔に記入してください。

2. 「褥瘡の部位・程度」欄には、褥瘡の部位、数、大きさ等を具体的に記入してください。

※褥瘡予防対策(実施しているものに○)

褥瘡予防のための計画の策定(ハイリスク者)、実践ならびに評価	専任担当者の決定	褥瘡対策チームの設置
褥瘡対策のため指針の整備	職員の教育及び専門家の活用	その他()

7-(7)-(ア)入浴の実施状況(特養・養護のみ)

(注) 監査直近1ヶ月間の状況について記入してください。

実施日	曜日	一般浴 (1人当たり実施頻度)		特殊浴 (1人当たり実施頻度)		対象者のうち 入浴を行って いない者の状況		不入浴の主な理由
		週 回		週 回		清 拭	その他	
		対象者 人	入浴者 人	対象者 人	入浴者 人			
計								

7-(7)-(イ)入浴の機会の提供(軽費(ケア)のみ)

隔日以上の入浴の機会の提供	有	無				
月	火	水	木	金	土	日

※入浴の機会を提供している曜日に○をつけてください。

7-(8)リハビリテーションの実施状況(前年度)

個別リハビリ計画 (有 無) (策定者:)

種類	1週間あたり実施回数 回	対象者の参加状況 (不参加は記入不要)			担当者
		ときどき参加 人	半分以上参加 人	毎回参加 人	
		作業療法			
理学療法					
言語療法					
その他					

(本表には、OT・PT等が行う専門療法の外、ラジオ体操など機能減退防止のために行うものも含めてください。)

- (例) 1. 作業療法 木工・あみもの・裁縫・タイプライティング・機械・手工芸・粘土・陶芸等、造型意欲をかきたて運動機能の回復と心理的更生を図るもの
- 2. 理学療法 マッサージ・温浴・電氣的療法・物理的手段による機能回復訓練等
- 3. 言語療法 言語機能回復訓練
- 4. その他 レクリエーション療法・心理療法・ラジオ体操・歩行訓練

リハビリ機器名	保有台数	1週間当りの使用回数

7-(9) クラブ活動の状況(直近1ヶ月)

年 月

クラブ・サークル名	参加人員			指導者	開催状況	指導者に対する謝礼の有無
	男	女	計			
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無
	人	人	人		回/	有 無

7-(10) クラブ活動参加回数(直近1ヶ月)

不参加	月1回以上	月3回以上	週1回以上	週2回以上	合計
人	人	人	人	人	人

(注) 1. 本表の合計欄は、その月の入所者数と一致します。

2. 複数のクラブに参加している者については、その合計参加回数としてください。

(例) 民謡クラブ 月2回+生け花クラブ 月1回 →月3回以上

7-(11) 地域等との交流状況(前年度)

年月日	内 容	参 加 者				
		家族	地域住民	ボランティア	その他	計
		人	人	人	人	人

7-(12) 定例的な行事の実施状況(前年度)

名称	実施時期	実施内容

(注) 既存の予定表等があれば、それを添付しても差し支えありません。

7-(13).入所者の安全・処遇等(委員会の開催については、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	構成員の職種を記載	
上記委員会の名称		
上記委員会の直近の開催日	年	月 日
上記委員会の記録の有無、開催頻度	有 無	開催頻度:年 回
その他入所者処遇に関する配慮・工夫等		

7-(14) 苦情解決への取り組み

苦情受付窓口の設置	有 無	苦情受付担当者:職氏名	
		苦情解決責任者:職氏名	
利用者への周知	有 無	周知方法:	施設掲示板に掲示 パンフレット配布 重要事項説明書、契約書に記載 その他()
		周知内容:	受付窓口の氏名 第三者委員の連絡先 県運営適正化委員会の連絡先 その他() 該当するものに○
第三者委員の設置	有 無	氏名	職・資格等
		氏名	職・資格等
		氏名	職・資格等
結果の公表(苦情が無い場合、その旨も含む)	有 無	公表方法:	施設掲示板への掲示 ホームページの活用 広報誌の活用 事業報告書への記載 その他()
		公表頻度:年 回 直近の公表日:年 月 日 ※個人情報に関するものを除き、実績を定期的に公表することが必要	

※職・資格等の例示

評議員(理事は除く)、監事、民生委員・児童委員、大学教授、弁護士など。

8. 衛生管理

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の整備状況	有 無	作成日	年 月 日
上記指針の名称			
感染症及び食中毒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	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
上記委員会の名称		医師	看護職員 栄養士
上記委員会の直近の開催日		年	月 日
上記委員会の記録の有無、開催頻度	有 無	開催頻度:年	回
専任の感染対策の担当者の職名・氏名			
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実施	定期的な研修(実施の頻度)	年	回
	定期的な研修(直近の実施日)	年	月 日
	新規採用時(実施の有無)	有 無	
	新規採用時(直近の実施日)	年	月 日
	記録の整備	有 無	
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための訓練の実施	有 無	年	回
循環式浴槽の使用の有無	有 無	貯水槽の清掃	有(年 月 日)・無
換水の頻度	週 回		
水質検査の実施状況	年 回	大掃除の実施	有(年 月 日)・無
検査記録の保管	有(年間) 無		

9. 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の整備状況	有 無	作成日	年 月 日
上記指針の名称			
事故発生の防止のための委員会の設置	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
上記委員会の名称		医師	看護職員 栄養士
上記委員会の直近の開催日		年	月 日
上記委員会の記録の有無、開催頻度	有 無	開催頻度:年	回
事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者の職名・氏名			
介護職員等に対する研修の実施	定期的な研修(実施の頻度)	年	回
	定期的な研修(直近の実施日)	年	月 日
	新規採用時(実施の有無)	有 無	
	新規採用時(直近の実施日)	年	月 日
	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(年間保存)	無
事故による損害賠償の発生(前年度4月～提出の前月までの状況)		有 無	

10-(1) 入所者の健康管理の実施状況(前年度)

入所者

期日	対象人員	検査内容	検査機関

10-(2) 医務室の状況

医療法上の許可	有 無	許可: 年 月 日 許可番号
保険医療機関の指定	有 無	指定: 年 月 日

10-(3) 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)			

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)			

11. 入所者預り金等の状況

(1) 入所者預り金の状況

年金受給者	預り人員(A)	預り金総額(B)		1人当たりの預り金(B/A)	個人別		通帳等保管責任者氏名(職種)	
					最高額	最低額		
人	人	現金保管	人	千円	千円	千円	千円	印鑑保管責任者氏名(職種)
		通帳保管	人	千円				
摘要 ①本人との授受方法等(別紙(次頁)を参考にして記入してください。(既存資料の提出でも可))							通帳等の管理場所	
							<通帳等>	
							<印鑑>	
							入所者預り金管理規程	
							有 無	
							入所者預り金の確認方法	
							施設長による点検	
							年 回	
							入所者預り金の本人等への通知	
							有 (年 回) 無	
②電算による管理状況 (有 無) ③預り金管理料の徴収の有無 [有 (月額 円) 無] ④預り金管理契約の有無 [有 (月額 円) 無] ⑤自己管理のための保管場所 (有 無)								

(注) 1. 監査直近時の状況により記入してください。
 2. 入所者所持金を保管している場合についてすべて記入してください。

(2) 入所者が購入する主な日用品等の状況

品 目 名

(3) 年間行事のうち入所者負担を伴ったものの状況(前年度)

行事名	実施期日	参加人員	費用総額	うち入所者負担	備 考
		入所者 人 職員 人	円	円	
		入所者 人 職員 人	円	円	

(4) 入所時保証金の状況

徴収の状況	有 無	有の場合、該当額算出根拠
-------	-----	--------------

(5) 個人の利用に係る光熱水費の実費以外の徴収金の状況(軽費老人ホームについて)

項目(サービス名)	費用総額
	円
	円
	円
	円

(別紙)

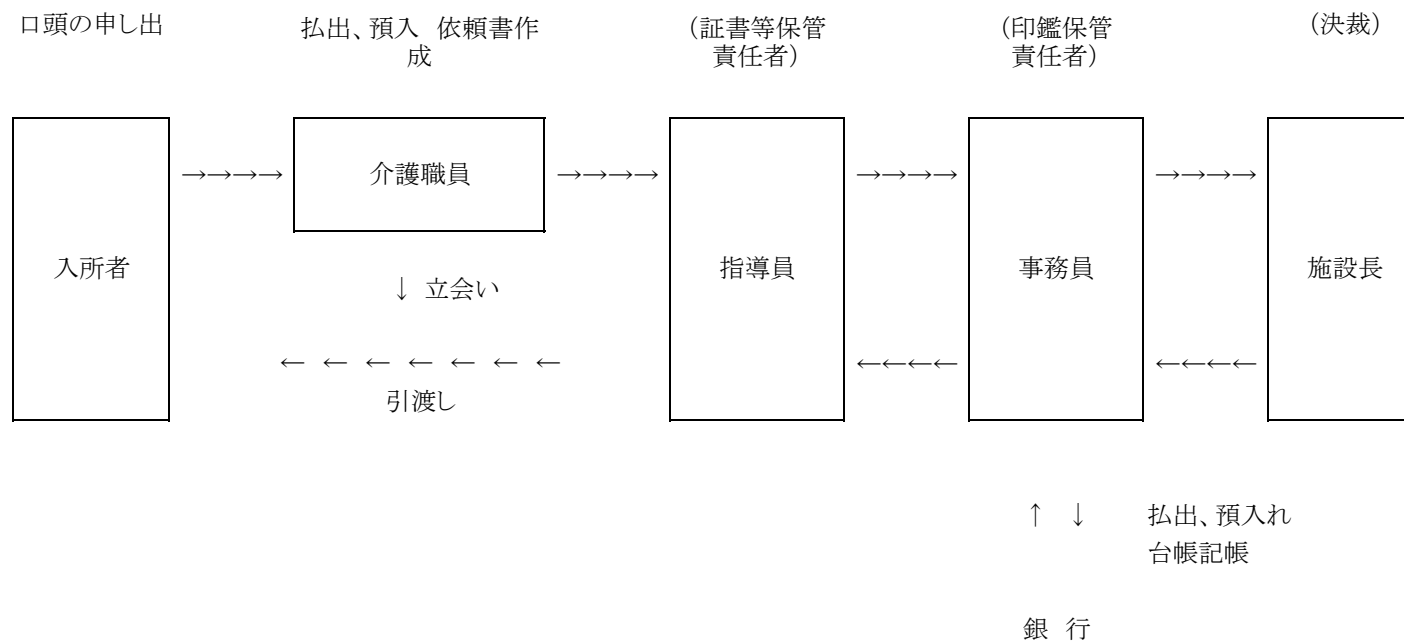
11. 入所者預り金等の状況

摘要

本人との授受方法 記入例

*下記の例を参考にして、貴施設の状況を前頁の「摘要①本人との授受方法等」欄に記入してください。

(例)



12. 給食の状況

1. 給食に関する方針等

○利用者がぐっすりい食事できるような配慮及び対応
○利用者の身体状況(咀嚼能力、健康状態等)に合わせた調理への対応及び配慮

○食事が適温で食べられるような配慮及び対応について
○利用者の身体状況に応じた食事のための自助具等の活用

2. 給食の状況

(1) 献立

ア 献立作成者	独自()	市町村の栄養士	委託業務先
イ 献立表の整備	有 無		
ウ 献立表の施設長決裁の有無	有 無		
エ 行事食等の実施	バイキング食	選択食	その他() 無
	実施回数	回/	月 週
オ 栄養ケアマネジメントの実施	有 無		
カ 療養食等への配慮	有 (確認方法: 医師からの指示書	その他())	無 該当無し

(2) 給食の実施状況

	食 事 時 間					
朝食	時	分	から	時	分	頃
昼食	時	分	から	時	分	頃
夕食	時	分	から	時	分	頃
おやつ	時	分	から	時	分	頃

5. 保健所の立入調査、検査の状況 (過去5年以内に実施された直近のもの)

検査実施年月日	年	月	日	文書・口頭
指導・指示等の状況				

3. 給食担当者の検便実施

実施年月	対象人員	実施人員	検査項目	実施年月	対象人員	実施人員
			赤痢菌 サルモネラ菌 腸管出血性大腸菌 その他 ()			
年 4月	人	人		年 10月	人	人
年 5月	人	人		年 11月	人	人
年 6月	人	人		年 12月	人	人
年 7月	人	人		年 1月	人	人
年 8月	人	人		年 2月	人	人
年 9月	人	人		年 3月	人	人

4. 検食の実施

実施の有無	有	無
実施者	朝	
	昼	
	夕	
実施時間	朝	
	昼	
	夕	
記録の有無	有	無

13. 災害事故防止対策

(1) 消防計画等の状況

消防計画の策定状況	有 (年 月 日 届出)	無
防火管理者氏名	(職種)	
防火管理者選任の届出	有 (年 月 日 届出)	無

(2) 災害防止に対する方針など

<ul style="list-style-type: none"> 基本方針 重度者への配慮 地域防災組織との連携状況

(3) 消防署の立入検査

検査実施日(直近)	指摘事項	改善状況
年 月 日		

(7) 防災設備の保守点検状況(提出日時時点の直近1年間の状況)

業者委託による点検	有無、頻度	有 無	(回/年)
	実施者		
	記録	有 無	
自主点検	有無、頻度	有 無	(回/年)
	実施者		
	記録	有 無	
消防法第17条の3の3に基づく報告		有(年 月 日届出)	無

(8) 備考

(1)、(4)、(7)の消防署への届出事項等について、届出等が行われていない場合は、その理由	
------------------------------------------------	--

(4) 各種防災訓練の実施状況(提出日時時点の直近1年間の状況)

防災訓練	区分	実施回数	実施月	消防署への事前通報(届出)	記録の有無
	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

- 注) 1. 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。
2. 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。

(5) 火災時における避難、消火等の近隣協力状況 (※2階建て準耐火建築物の施設のみ記入)

近隣の協力者	人	覚え書きの締結	有 無
協力者不在の際の代替者	人	覚え書きの締結	有 無

(6) 夜間の職員配置状況

勤務形態等	配置人員	勤務時間等
①夜間勤務 (直接処遇業務)	・常勤職員 人	勤務時間 : ~ :
	・その他職員 人	
	合計 人	
②宿直 (施設管理業務)	・常勤職員 人	(1)宿直者の勤務時間 : ~ :
	(従事者実数) 人	
	・宿直専門員 人	(2)巡回時間 ① : ④ : ② : ⑤ : ③ : ⑥ :
	(従事者実数) 人	
	・その他職員 人	(3)引継ぎ時間 開始時 : 終了時 :
	(従事者実数) 人	
	合計 人	(4)業務日誌 (有 無)
(従事者実数) 人		
宿直手当の額(日額 月額)		
※宿直業務委託の場合 契約による配置人員 人 契約書の有無 (有 無)		

(9) 業務継続計画

業務継続計画の策定状況(自然災害)	有 無	作成日 年 月 日
業務継続計画の策定状況(感染症)	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 (年 回) 無
	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

「業務継続計画」とは、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。

14. 諸規程等の整備状況

年 月 日現在

運営管理に関するもの		入所者の処遇に関するもの	
(諸規程、諸帳簿等)	整備状況	(諸規程、諸帳簿等)	整備状況
・運営規程(管理規程)	有 無	・入所者個人記録ファイル	
・就業規則	有 無	入所者の身上調書等	有 無
・給与規程	有 無	ケース記録	有 無
・育児休業規程	有 無	・介護日誌	有 無
一部有期契約職員への育児休業規定の整備	有 無	・看護日誌	有 無
子の看護休暇制度	有 無		
2歳までの育児休業の取得	有 無	・入所者の健康診断書	有 無
・介護休業規程	有 無	・入所者預り金台帳	有 無
介護休暇制度の規程	有 無	・退所時金品精算書綴	有 無
・高齢者雇用対策 継続雇用制度の採用 定年制の廃止 段階的な定年の引き上げ	有 無	・給食日誌	有 無
		・献立表	有 無
		・栄養出納表(給食内容検討表)	有 無
		・給食材料の発注伝票	有 無
・旅費規程	有 無	・嗜好調査記録綴	有 無
・労働者名簿	有 無	・個人情報保護に関する考え方や方針に関する誓約書(従業者用)	有 無
・人事記録簿	有 無	・個人情報の取扱いに関する規則	有 無
・辞令綴	有 無	・特定個人情報(マイナンバー)の取扱いに関する規則	有 無
・雇入通知書	有 無		
・退職願(届)	有 無		
・出勤簿	有 無		
・休暇届	有 無		
・年次有給休暇管理簿	有 無		
・諸手当承認書類	有 無		
・旅行命令簿	有 無		
・研修等の復命書	有 無		
・職員の健康診断書	有 無		
・避難訓練の記録簿	有 無		
・消防用設備の自主点検記録	有 無		
・消防用設備等点検結果報告書	有 無		

(注)上記諸規程・諸帳簿等の有無及び該当のものについて○を付してください。