

令和8年度 社会福祉施設指導監査調書（特別養護老人ホーム）

		監査実施年月日	年 月 日
施設名		<サテライト施設のみ> 本体施設名	
施設長名		認可定員	人
所在地			
法人名		連絡用メールアドレス	@
施設認可年月日	年 月 日	事業開始年月日	年 月 日
併設短期入所事業 (空床利用を除く)		併設短期入所定員	人

<運営方針等について>

① 今年度の運営方針の基本	
② 利用者処遇、権利擁護	
③ 職員の確保及び定着化(処遇の充実・士気高揚策等)・職員資質向上	
④ 地域開放・貢献等	
○ その他、市への要望事項等	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
第 1 社会福祉施設運営の適正実施の確保		
1 施設の運営管理体制の確立		
(1) 入所（ユニット型の場合は「入居」。以下同じ。）定員及び居室の定員を遵守しているか。 <u>⇒別表1-1「入所の状況」、別表1-2「居室の状況」を記入してください。</u>	いる・いない	
(2) 運営規程等必要な諸規程を整備し、当該規程に基づき適切に運営しているか。	いる・いない	
(3) 運営規程には、以下の事項を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 職員の職種、数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> （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 <input type="checkbox"/> 入所者の処遇（ユニット型では「サービスの提供」）の内容及び費用の額 <input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項	いる・いない	
(4) 施設運営に必要な帳簿を整備しているか。	いる・いない	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 平成25年4月1日から保存を開始した文書の保存期間は5年間、それより前に保存を開始した文書は2年間です。 </div>
(5) 入所者に対して行った具体的な処遇の内容等の記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。 <u>⇒別表2「諸規程、帳簿類の整備状況」を記入してください。</u>	いる・いない	
(6) 施設長の適正配置・責務		
① 施設長は資格要件を満たしているか。 記入してください 資格要件：	いる・いない	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 施設長の資格 <input type="checkbox"/> 大学等において社会福祉に関する科目を3科目以上履修 <input type="checkbox"/> 社会福祉士、精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長認定講習会を修了 </div>
② 施設長は専任者となっているか。	いる・いない	
③ 他の役職を兼務する場合、施設の運営管理に支障が生じていないか。 記入してください 兼務する役職：	いる・いない・非該当	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 生活相談員の資格 <input type="checkbox"/> 大学等において社会福祉に関する科目を3科目以上履修 <input type="checkbox"/> 社会福祉士、精神保健福祉士、又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者（介護福祉士、介護支援専門員、保育士等） </div>
④ 施設長は、施設職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。	いる・いない	
⑤ 施設長は、職員に最低基準を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。	いる・いない	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 機能訓練指導員の資格 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師 等 </div>

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
⑥ (ユニット型のみ) 施設長は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当	
(7) 職員の適正配置		
① 施設の職員が、専ら当該施設の職務に従事しているか。 (利用者の処遇に支障がない場合を除く。)	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
② 生活相談員は資格要件を満たしているか。 <small>記入してください</small>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
③ 看護・介護職員を必要数配置しているか。 <small>記入してください</small>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
常勤換算方法を理解した上で、配置職員数を把握しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
⇒別表3-1「職員の配置状況」、別表3-2「職員の採用・退職状況」を記入してください。		
⇒別表3-3「職員の配置状況計算書」を記入してください。		
<small>就業規則に基づいて、記入してください</small> (常勤換算の算定の基礎資料) ○1日あたり労働時間(基本) : 時間 ○年間休日数 : 日 ○年間総労働時間数 : 時間		
④ 夜勤職員を必要数配置しているか。 <small>記入してください</small>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	夜勤職員の配置(従来型)
勤務実態 人 (必要配置数 人)		見守り機器を入所者の数以上設置する等の要件を満たす場合には、最低基準×0.8に配置基準が緩和されます。
⑤ 機能訓練指導員は資格要件を満たしているか。 <small>記入してください</small>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
⑥ 介護支援専門員を必要数配置しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(8) 勤務体制の確保		
① 施設ごと、月ごとに、職員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にした勤務表を作成しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、必要に応じてユニット間の勤務が可能となります。
(ユニット型のみ) ユニット間で兼務が発生する職員がいる場合、ユニット間での兼務状況を明確にした勤務表を作成しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
⇒別表4-1「職員の勤務状況(標準的な1日の時間帯)」を記入してください。		
⇒別表4-2「職員の勤務状況(監査実施月の前々月分実績)」を記入してください。		
② (ユニット型のみ) 昼間について、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
③ (ユニット型のみ) 夜間及び深夜について、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置しているか。 <div style="text-align: right; font-size: small;">記入してください</div> 夜間・深夜時間 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: x-small;"> 夜勤時間帯は施設が定める22時～5時を含めた16時間。 昼間帯は、施設が定める夜勤時間帯を除く8時間。 </div>
④ (ユニット型のみ) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
⑤ (ユニット型のみ) 上記②～④の勤務体制については、「馴染みの関係」に配慮したものとなっているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(9) 育児休業、産休等代替職員を確保しているか。 <div style="text-align: right; font-size: small;">(監査実施予定日現在) 育休・産休 介護休業 傷病休業</div>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない 人数 人数 人数	
(10) 施設設備を適正に整備しているか。また、建物、設備の維持管理を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(11) 貯水槽又は飲用井戸の衛生管理	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: x-small;"> 貯水槽の水を飲料水として利用する場合、「名古屋市給排水設備の構造と維持管理に関する基準及び指導要綱」に基づき、 ①年1回専門業者による貯水槽の清掃実施 ②年2回登録検査機関による水質検査(検査項目: 鉄・亜鉛・一般細菌・大腸菌・水素イオン濃度の5項目)の実施が義務付けられています。 飲用井戸については「飲用井戸衛生管理要領」に従い、適切に衛生管理を行って下さい。 </div>
① 貯水槽が、簡易専用水道に該当する(有効容量が10m ³ を超える)場合、厚生労働大臣の登録を受けた検査機関による法定点検を年1回以上受けているか。 <div style="text-align: right; font-size: small;">記入してください</div> 前年度実績: 月 日	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当	
② 貯水槽等の水を飲料水として使用する場合、水質検査を年2回以上行っているか。 <div style="text-align: right; font-size: small;">記入してください</div> 前年度実績: 1回目 月 日 2回目 月 日	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当	
③ 貯水槽の清掃を年1回以上行っているか。 <div style="text-align: right; font-size: small;">記入してください</div> 前年度実績: 月 日	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当	
2 資質向上		
(1) 研修を計画的に行っているか。 特定の職員のみ参加するなど偏りのないよう、職員に対し、平等な機会を与えているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(2) 職種別の外部研修等へ参加させているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(3) すべての職員(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等除く)に対し、認知症介護基礎研修を受講させるための措置を講じているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	
(4) 介護福祉士等の資格取得へ配慮しているか。 名古屋市が実施する福祉人材育成支援助成事業を活用しているか。	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
(5) 研修内容は、職員会議等において他の職員へ周知、紹介されているか。	いる・いない	
(6) 研修記録は整理されているか。	いる・いない	
<p>⇒別表5「各種委員会、会議の実施状況」を記入、または同様の内容を含む資料を添付してください。</p> <p>⇒別表6「職員研修の実施状況」を記入、または同様の内容を含む資料を添付してください。</p>		
<p>3 職員の確保及び定着化</p>		
(1) 職員の計画的な採用に努めているか。	いる・いない	
(2) 職員の定着化について、積極的に取り組んでいるか。	いる・いない	
<p>成功事例がありましたら、記入してください</p>		
(3) 職員の定着化が課題となっている場合は、法人全体で課題解決に向けて取り組んでいるか。	いる・いない・非該当	<p>研修の基準(回数)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○身体拘束、感染症対策、事故防止:年2回以上 ○虐待防止:年2回以上 ○業務継続計画:研修と訓練を年2回以上 ○褥瘡予防:施設内の職員へ継続教育実施 ○口腔衛生:技術的助言と指導を年2回以上 ○認知症介護基礎研修 全職員受講(資格者等を除く) <p><新規採用時研修></p> <ul style="list-style-type: none"> ○身体拘束、感染症対策、事故防止 ○虐待防止、業務継続計画 ○認知症介護基礎研修:対象者は採用後1年以内
<p>4 生産性の向上、利用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（令和8年度までは努力義務）</p>		
(1) 生産性向上にかかる現場における課題を抽出及び分析しているか。	いる・いない	
(2) 利用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を設置し、定期的開催しているか。	いる・いない	
<p>5 秘密保持</p>		
(1) 正当な理由なく、職員が業務上知り得た、入所者又はその家族の秘密を漏えいしないための措置を講じているか。	いる・いない	
<p>記入してください</p> <p>(例) 就業規則に掲げる、誓約書に記入するなど</p>		
(2) 職員でなくなった後においても、上記と同様の措置を講じているか。	いる・いない	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>6 ハラスメント対策</p> <p>(1) 職場におけるハラスメントを防止するための以下の措置を講じているか。</p> <p>① 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、職員に周知・啓発すること。</p> <p>② 相談(苦情含む)に応じ、適切に対応するための必要な体制の整備 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、窓口を定め、職員に周知すること。</p>	<p>いる・いない</p>	<p>労働施策総合推進法が改正され、パワーハラスメント防止対策が事業主に義務付けられました。</p> <p>併せて、男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法においても、セクシュアルハラスメントや妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントに係る規定が一部改正され、ハラスメント防止対策の防止対策の強化が図られました。</p>
<p>7 業務継続計画の策定</p> <p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、入所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(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。</p> <p>(2) 職員に対し、業務継続計画を周知し、必要な研修を年2回以上及び新規採用時に、訓練を年2回以上に実施しているか。</p> <p>(3) 業務継続計画を定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	<p>① 感染症に係る業務継続計画 ア 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等) イ 初動対応 ウ 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)</p> <p>② 災害に係る業務継続計画 ア 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等) イ 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) ウ 他施設及び地域との連携</p>
<p>8 個人情報の適正な取扱い</p> <p>(1) 個人情報保護に関する考え方や方針(プライバシーポリシー等)及び個人情報の取扱いに関する規則を策定し、対外的に公表しているか。</p> <p>(2) 個人情報を取り扱うに当たって、利用目的をできる限り特定しているか。</p> <p>(3) 本人の同意を得ないで、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っていないか。</p> <p>(4) 個人情報を取得した場合、あらかじめその利用目的を公表している場合を除き、すみやかに利用目的を本人に通知又は公表しているか。</p> <p>本人から直接書面に記載された個人情報を取得する場合、あらかじめ本人に対し、その利用目的を明示しているか。</p> <p>(5) 個人データの漏えいや滅失を防ぐために、必要かつ適切な安全管理措置を講じているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
(6) 個人データを第三者に提供する場合、あらかじめ本人の同意を得ているか。	いる・いない	
(7) 本人から保有個人データの開示を求められた場合、遅滞なく開示しているか。	いる・いない・事例なし	
(8) 苦情があった場合、適切かつ迅速な処理に努めているか。	いる・いない・事例なし	
苦情受付窓口の設置、苦情処理手順の策定等必要な体制を整備しているか。	いる・いない	
9 公益通報者保護の適正な取扱い		
(1) 公益通報者保護法を踏まえ、通報処理の仕組みに関する規程を整備しているか。	いる・いない	
(2) 通報があった場合の対応は適切か。 ○ 通報に基づく調査の実施に当たっては、通報者が特定されないよう調査方法に十分配慮すること。 ○ 通報処理に従事する者は、自らが関係する通報事案の処理に関与しないこと。 ○ 調査の結果、法令違反等が明らかになった場合、速やかに是正措置及び再発防止策を講じること。さらに必要があれば、関係行政機関への報告等を行うこと。 ○ 公益通報をしたことを理由に、通報者に対して解雇又は不利益な取扱いをしないこと。	いる・いない・事例なし	
(3) 通報窓口及び受付の方法を明確に定めるとともに、通報処理の仕組みやコンプライアンス（法令遵守）の重要性について、定期的に研修会又は説明会を開催する等により、職員に対し十分に周知を行っているか。	いる・いない	
(4) 通報窓口となる担当者を公益通報対応業務従事者として指定しているか。また、指定された従事者へ守秘義務を課しているか。	いる・いない	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 常時雇用する従業員が300人以下の法人については、業務従事者の指定は努力義務。 </div>

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>第2 防災対策の充実強化</p> <p>1 消防用設備等の点検</p> <p>(1) 消防法令等に基づくスプリンクラー、屋内消火栓、非常通報装置等の設備が整備されているか。</p> <p>(2) 消防用設備等について、専門業者による定期点検を行っているか。 <small>記入してください</small> 前年度実績：1回目 月 日 2回目 月 日</p> <p>2 震災対策</p> <p>(1) 居室の家具等の転倒防止策や、窓ガラスの飛散防止対策などの震災対策は行われているか。</p> <p>(2) 災害用非常食を3日分備蓄しているか。 <u>3日分＝1人につき、食料9食・飲料水9リットル</u></p> <p>3 防火管理体制</p> <p>(1) 防火管理者を選任し、消防署へ届け出ているか。 <small>記入してください</small> 届出年月日： 年 月 日 防火管理者氏名：</p> <p>(2) 消防計画</p> <p>① 消防計画（地震防災規程）を作成、また必要の都度改正し消防署へ届け出ているか。 <small>記入してください</small> 直近届出年月日： 年 月 日</p> <p>② 消防計画には、以下の事項が記載されているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	<p>*機器点検は、6月に1回以上実施 *総合点検は、1年に1回以上実施 ↓ 1年に1回、報告書を所轄消防署に提出</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自衛消防の組織に関する事。 ・ 防火対象物についての火災予防上の自主検査に関する事。 ・ 消防用設備等の点検及び整備に関する事。 ・ 避難通路、避難口、安全区画、防煙区画その他の避難施設の維持管理及びその案内に関する事。 ・ 防火壁、内装その他の防火上の構造の維持管理に関する事。 ・ 定員の遵守その他収容人員の適正化に関する事。 ・ 防火上必要な教育に関する事。 ・ 消火、通報及び避難の訓練の実施に関する事。 ・ 火災、地震その他の災害が発生した場合における消火活動、通報連絡及び避難誘導に関する事。 ・ 防火管理について消防機関の連絡調整に関する事。 ・ 増築、改築、移転、修繕又は模様替えの工事中の防火対象物における防火管理者又はその補助者の立会いその他火気の使用又は取扱いの監督に関する事。 ・ 上記に掲げるもののほか、防火対象物における防火管理に関し必要な事項 		

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要																																	
<p>4 協力体制</p> <p>(1) 消防機関や地域の消防組織等との連携をとるなど、非常時の際の連絡・避難体制が確保されているか。</p> <p style="text-align: right;">地域等との連携状況を記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>いる・いない</p>																																		
<p>5 消火・避難訓練等</p> <p>(1) 消火訓練及び避難訓練は、消防機関に実施計画を届出のうえ、それぞれの施設ごとに定められた回数以上適切に実施されているか。</p> <p>夜間訓練又は夜間を想定した訓練が行われているか。</p> <p style="text-align: right;">前年度実績を記入してください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>(昼間・夜間)</td></tr> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>(昼間・夜間)</td></tr> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>(昼間・夜間)</td></tr> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>(昼間・夜間)</td></tr> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>(昼間・夜間)</td></tr> </table> <p>(2) 訓練の実施にあたっては、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>(3) 消火・避難訓練の実施記録を整備しているか。</p> <p>(4) 消防計画に定める火災予防上の自主検査・自主点検を実施し、記録を整備しているか。</p> <p>(5) (中村、瑞穂、熱田、中川、港、南、緑区内の施設のみ) 南海トラフ地震防災対策に関し、愛知県の被害予測調査に基づき水深30cm以上の浸水が想定される区域にある施設は、以下の防災訓練を年1回以上実施しているか。</p> <p>① 情報収集・伝達に関する訓練 ② 津波からの避難に関する訓練 ③ ①及び②を統合した総合防災訓練</p> <p style="text-align: right;">記入してください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>実施年月日：</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table>	実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)	実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)	実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)	実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)	実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)	実施年月日：	年	月	日	実施年月日：	年	月	日	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない・非該当</p>	
実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)																															
実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)																															
実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)																															
実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)																															
実施年月日：	年	月	日	(昼間・夜間)																															
実施年月日：	年	月	日																																
実施年月日：	年	月	日																																

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>(6) 施設の設置場所が、次の災害想定区域に該当しているか。</p> <p style="text-align: center;">浸水（洪水、雨水出水、高潮）想定区域 土砂災害警戒区域 津波災害警戒区域</p> <p>(以下、該当する施設のみ)</p> <p>① 該当する災害対策に関する避難確保計画は、名古屋市避難確保計画作成支援システムを利用して作成しているか。</p> <p>② 避難確保計画に基づき、避難訓練を年1回以上実施しているか。</p> <p style="text-align: right;">記入してください</p> <p>実施年月日： 年 月 日 実施年月日： 年 月 日</p> <p>③ 避難訓練の結果は、名古屋市避難確保計画作成支援システムを利用して市へ報告しているか。</p> <p>④ (津波災害のみ) 避難確保計画を公表しているか。</p>	<p>該当・非該当 該当・非該当 該当・非該当</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	<p>避難確保計画の作成・変更、避難訓練の報告は、名古屋市避難確保計画作成支援システムを利用してください。 https://nagoya-city.hinankakuho.jp/</p> <p>津波に関する避難確保計画の公表方法 ・施設入口などに掲示 ・閲覧資料として施設入口に配置</p>

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>第3 適切な入所者処遇の確保</p> <p>1 入退所</p> <p>(1) 名古屋市特別養護老人ホーム優先入所指針に基づく入所決定</p> <p>① 入所検討委員会は、入所の透明性を確保するため、施設職員以外の第三者委員が出席しているか。</p> <p>② 優先入所基準に基づき、施設サービスを受ける必要性の高い者から入所決定された経過を明らかにした入所検討委員会の議事録を整備しているか。</p> <p>③ 特列入所を決定した場合は、要件に該当する状態が分かる記録や挙証となる資料等により、特例的な入所と認める根拠を明らかにしているか。</p> <p>(2) 入所予定者の入所に際して、その者に係る居宅介護支援を行う者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めているか。</p> <p>(3) 入所者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて、生活相談員、介護・看護職員、介護支援専門員等により定期的に検討を行っているか。</p> <p>(4) 入所者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、居宅で日常生活を営むことができると認められる者に対し、本人及び家族の希望、退所後置かれる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行っているか。</p> <p>退所を円滑に行うために、介護支援専門員、生活相談員が中心となって、退所後の主治医及び介護支援専門員並びに市町村と連携を図っているか。</p> <p>(5) 入所者の退所に際して、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援を行う者に対する情報の提供に努めているか。</p> <p>その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。</p> <p>2 処遇の計画（施設サービス計画）</p> <p>(1) 適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題の把握（アセスメント）を行った上で、施設サービス計画の原案を作成しているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない</p>	<p>入所検討委員会は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、介護職員、看護職員並びに少なくとも1名の施設職員以外の第三者により構成し、少なくとも3か月に一度開催が必要です。</p>

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>(2) 入所者に対しサービスを提供する担当者を招集する会議の開催、担当者への照会等により、(1)の原案の内容について意見を求めているか。</p> <p>(3) (1)の原案の内容について、入所者又はその家族に説明し、文書により入所者の同意を得た後、作成又は変更した施設サービス計画を、利用者に交付しているか。</p> <p>(4) 施設サービス計画の作成・変更後、当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うとともに、適切な時期に、計画の見直しを行っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	<p>○モニタリングの方法 原則として、 ①入所者に面接して 行い、 ②結果を記録する。</p>
3 処遇の方針		
<p>(1) 入所者の処遇に当たり、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行っているか。</p> <p>(2) 自らその行う処遇の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	
4 介護・機能訓練		
<p>(1) 1週間に2回以上、適切な方法により入所者を入浴させ、又は清しきをしているか。（ユニット型を除く。）ユニット型にあっては、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供（やむを得ない場合は、清しき）しているか。</p> <p>(2) 入所者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行っているか。</p> <p>(3) おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えているか。</p> <p>(4) 褥瘡予防のための対策</p> <p>① 褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための、計画の作成、実践並びに評価を行っているか。</p> <p>② 施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めているか。</p> <p>③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。</p> <p>④ 褥瘡対策のための指針を整備しているか。</p> <p>⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施しているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	<p>各種委員会の基準(回数) ・身体拘束 3か月に1回以上 ・感染症 概ね3か月に1回以上 ・事故防止 定期的開催 ・虐待防止 定期的開催</p>
<p style="text-align: right;">直近の状況を記入してください</p> <p>月 日現在 治療中の入所者数： 名 褥瘡のハイリスク者数： 名</p>		

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
(5) 通常の1日の流れに沿って、離床、着替え、整容等を行っているか。	いる・いない	
(6) 常時1人以上の常勤の介護職員を介護に従事させているか。	いる・いない	
(7) 入所者の負担により、当該施設の職員以外の者による介護を受けさせていないか。	いる・いない	
(8) 入所者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っているか。	いる・いない	
(9) 処遇の計画に基づいて行った具体的な介護の内容等の記録を整備しているか。	いる・いない	
また、処遇の質の向上のため、記録の充実を図るよう努めているか。	いる・いない	
5 身体的拘束等の廃止		
(1) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合に、その態様及び時間、その際の入所者等の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しているか。 緊急やむを得ない理由については、組織等として要件の確認等の手続きを極めて慎重に行い、具体的な内容について記録しているか。	いる・いない・事例なし いる・いない・事例なし	緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、以下の3つの要件を全て満たす必要があります。 ①切迫性②非代替性③一時性
(2) 身体的拘束等の記録について、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」などを参考として、適切な記録を作成し、保存しているか。	いる・いない・事例なし	身体的拘束等の適正化のための指針 ①身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ②適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 ③職員研修に関する基本方針 ④報告方法等の方策に関する基本方針 ⑤発生時の対応に関する基本方針 ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他必要な事項
(3) 施設長及び職員が、身体的拘束等の廃止を実現するために正確な事実認識を持っているか。	いる・いない	
(4) 身体的拘束等の適正化のための対策検討委員会を設置して、3月に1回開催するとともに、その結果について介護職員等に周知徹底を図っているか。	いる・いない	
(5) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。	いる・いない	
(6) 介護職員等に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施しているか。(年2回以上及び新規採用時)	いる・いない	
<p style="text-align: right;">直近の状況を記入してください</p> <p>月 日現在 身体的拘束等を行っている対象者数： 人</p>		

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
6 相談及び援助		
(1) 常に入所者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。	いる・いない	
7 社会生活上の便宜の提供等		
(1) (従来型のみ) 教養娯楽設備を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行っているか。	いる・いない	
(ユニット型のみ) 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供し、入居者のこれらの活動を支援しているか。	いる・いない	
(2) 入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、本人又はその家族において行うことが困難である場合は、本人の同意を得て、代わって行っているか。	いる・いない	
(3) 入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。	いる・いない	
(4) 入所者の外出の機会を確保するよう努めているか。	いる・いない	
8 医学的管理		
(1) 医師又は看護師は、常に入所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講じているか。	いる・いない	
(2) 入所者に対する健康管理及び療養上の指導を行うために必要な医師の数(勤務日数、勤務時間)を確保しているか。	いる・いない	
直近の状況を記入してください 医師名(勤務病院) : 所在地 : 診療科目 : 勤務日数 : 勤務時間 : 報酬月額 : 円		
(3) 医務室は、医療法第1条の5第2項に規定する診療所となっているか。	いる・いない	
(4) 医療行為は、医師、看護職員、一定の条件の下で特定の行為を行うことを認められた介護職員により行われているか。	いる・いない	
直近の状況を記入してください 月 日現在 <喀痰吸引の対象入居者数> 口腔内 : 人 鼻腔内 : 人 気管チューブ内部 : 人 <経管栄養の対象入居者数> 胃ろう : 人 腸ろう : 人 経鼻経管栄養 : 人		

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>(5) 上記(4)にある介護職員が医療行為を行う場合、施設が登録事業者となっているか。</p> <p style="text-align: right;">直近の登録状況を記入してください</p> <p style="text-align: right;">月 日 現在</p> <p style="text-align: center;">＜喀痰吸引＞</p> <p style="text-align: right;">口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部</p> <p style="text-align: center;">＜経管栄養＞</p> <p style="text-align: right;">胃ろう 腸ろう 経鼻経管栄養</p> <p>認定証の交付を受けた従事者数： 人</p>	<p>いる・いない</p> <p>登録あり・登録なし 登録あり・登録なし 登録あり・登録なし 登録あり・登録なし 登録あり・登録なし 登録あり・登録なし</p>	
<p>(6) 医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>(7) 協力医療機関</p>		
<p>① 入所者の病状の急変等に備えるために、あらかじめ協力医療機関を定めているか。</p>	<p>いる・いない</p>	<p>複数の医療機関を協力医療機関と定めることにより要件を満たすこととしても差し支えありません。</p>
<p>協力医療機関はあらかじめ以下の要件を満たしているか。 (要件については令和8年度までは努力義務)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変時等、医師又は看護師の相談対応を行う体制を常時確保している ・施設の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している ・急変時等、医師が診察を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則受入れる体制を確保している病院である 	<p>いる・いない</p>	
<p>② 1年に1回以上、協力医療機関との間で利用者の病状急変時等の対応を確認しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>③ 協力医療機関名等を自治体に届け出ているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>④ 入所者が協力医療機関を退院した後、速やかに再入所させるよう努めているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p style="text-align: right;">記入してください</p> <p>協力医療機関名： 診療科目名： 業務内容：</p>		
<p>(8) あらかじめ協力歯科医療機関を定めるよう努めているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p style="text-align: right;">記入してください</p> <p>協力歯科医療機関名：</p>		
<p>(9) 口腔衛生の管理</p>		
<p>① 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行っているか。</p>	<p>いる・いない</p>	<p>口腔衛生の管理体制に係る計画</p> <p>①助言を行った歯科医師 ②歯科医師からの助言の要点 ③具体的方策 ④施設における実施目標 ⑤留意事項・特記事項</p>
<p>② 入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて定期的に計画を見直しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>③ 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>9 衛生管理等（感染症・食中毒の発生・まん延の防止）</p> <p>(1) インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等感染症の発生及びまん延を防止するための適切な措置を講じているか。</p> <p>(2) 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をおおむね三月に一回以上定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図っているか。</p> <p>(3) 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を整備しているか。</p> <p>(4) 介護職員その他の職員に対し、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並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施しているか。</p> <p>(5) その他厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行っているか。</p> <p>(6) 感染症若しくは食中毒が発生した場合、又はそれらが疑われる状況が生じた場合に、保健センター（保健所）等へ報告を行っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない・事例なし</p>	<p>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</p> <p>○感染管理体制(委員会の設置、マニュアル、職員研修の実施、訓練)</p> <p>○平常時の対策(入居者・職員の健康管理、標準的な感染予防策、衛生管理)</p> <p>○発生時の対応(発生状況の把握、感染拡大の防止、関係機関との連携)</p> <p>○研修:年2回以上及び新規採用時</p> <p>○訓練:年2回以上</p>
<p>10 入所者の入院期間中の取扱い</p> <p>(1) 入所者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合で、入院後おおむね三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、本人及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない場合を除き、退院後再び当該施設に円滑に入所できるようにしているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>11 緊急時等の対応</p> <p>(1) 入所者の病状急変その他必要な場合のため、あらかじめ、医師及び協力医療機関の協力を得て、連携方法その他の緊急時等の対応方法を定めているか。</p> <p>(2) 医師及び協力医療機関の協力を得て、一年に一回、緊急時等の対応方法の見直しや、必要に応じて変更を行っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	
<p>12 苦情解決</p> <p>(1) 苦情解決の仕組みが整備され、入所者等へ周知されているか。</p> <p>苦情受付担当者（職種等・氏名）： 苦情解決責任者（職種等・氏名）： 第三者委員（職種等・氏名）： 利用者等への周知方法：</p>	<p>いる・いない</p>	

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要
<p>(2) 苦情受付担当者は、苦情の受付から解決・改善までの経過と結果を記録しているか。</p> <p>(3) 苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果を第三者委員に報告し、必要な助言を受けているか。</p> <p>(4) 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対し、一定期間経過後報告しているか。</p> <p>(5) 苦情解決結果をインターネットを活用した方法のほか事業報告書等への掲載により公表しているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない・事例なし</p> <p>いる・いない</p>	<p>① 苦情解決責任者 苦情解決の責任主体 (例)施設長、理事長等</p> <p>② 苦情受付担当者 利用者が申しやすい職員の中から任命</p> <p>③ 第三者委員 中立・公正性の確保された外部委員を選任</p>
<p>1 3 地域との連携</p>		
<p>(1) 地域住民又はその自発的な活動(ボランティア)等との連携及び協力を行う等の地域との交流を行っているか。</p> <p>(2) (地域密着型のみ) 運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上、会議を実施しているか。</p> <p>(3) (地域密着型のみ) 運営推進会議における報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、公表しているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p>	
<p>1 4 事故発生時の対応</p>		
<p>(1) 事故が発生した場合の対応や報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備しているか。</p> <p>(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、その事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底されているか。</p> <p>(3) 事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行っているか。(年2回以上及び新規採用時)</p> <p>(4) 事故発生防止のための措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。</p> <p>(5) 入所者の処遇により事故が発生した場合に、速やかに市(施設所管課)及び入所者の家族等に連絡しているか。</p> <p>(6) 入所者の処遇により事故が発生した場合、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。</p> <p>(7) 入所者の処遇により賠償すべき事故が発生した場合に、損害賠償を速やかに行っているか。</p>	<p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない</p> <p>いる・いない・事例なし</p>	<p>事故発生防止のための指針</p> <p>①介護事故の防止に関する基本的考え方</p> <p>②委員会その他施設内の組織に関する事項</p> <p>③職員研修に関する基本方針</p> <p>④介護事故等の報告方法等、安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針</p> <p>⑤事故発生時の対応に関する基本方針</p> <p>⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>⑦その他必要な事項</p>

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要															
※ 下記の質問に回答のうえ、調書を作成してください。 ・ 厨房で、同一法人等の他施設の食事を調理している <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※「いる」場合の施設名 </div>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない	※「いる」場合回答した施設が同時に監査・指導対象の場合、併設施設と共通する項目はこの調書に記入															
1 衛生管理 (1) 調理・検収・盛付場所 ① 調理場所（調理済食品の再加熱を含む）・盛付場所はどこか。																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:25%;">主食</th> <th style="width:25%;">副食(汁もの除く)</th> <th style="width:25%;">汁もの</th> <th style="width:15%;">果物等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">調理</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">盛付</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> <td><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット</td> </tr> </tbody> </table>		主食	副食(汁もの除く)	汁もの	果物等	調理	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	盛付	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット		
	主食	副食(汁もの除く)	汁もの	果物等													
調理	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット													
盛付	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> ユニット													
② 検収場所はどこか。また、納品された食材料はどこで保管しているか。																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">検収場所</th> <th style="width:20%;"><input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット</th> <th style="width:20%;"><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット</th> <th style="width:20%;">保管場所</th> <th style="width:20%;"><input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット</th> <th style="width:20%;"><input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	検収場所	<input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット	保管場所	<input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット											
検収場所	<input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット	保管場所	<input type="checkbox"/> 本体厨房 <input type="checkbox"/> 各ユニット	<input type="checkbox"/> 施設内厨房 <input type="checkbox"/> 一部ユニット												
③ 調理場所が「ユニット」のみ、または「ユニットを併用」している場合 ア 小規模介護保険関係施設等における食品衛生の基本方針に沿った衛生管理を実施しているか。 イ 衛生点検チェックリストを用いた衛生点検を実施し記録しているか。																	
	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当																
(2) 調理施設及び従事者の衛生管理 ① 保存食は、調理済食品及び原材料について2週間以上－20℃以下で50g程度保存しているか。 施設で調理した料理は全て保存しているか。																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:60%;">保存している形態・食種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">原材料</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">調理済(主食)</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">調理済(副食)</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			保存している形態・食種	原材料	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当		調理済(主食)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当		調理済(副食)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない				
		保存している形態・食種															
原材料	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当																
調理済(主食)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当																
調理済(副食)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当																
② HACCPに沿った衛生管理を実施し衛生管理計画を作成しているか。 また、食品衛生責任者の選任をしているか。																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 食品衛生責任者名 </div>	<input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 非該当																

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要																														
③ 給食業務を直営で実施している場合、営業の届出を行っているか。 給食業務を委託している場合、受託者が営業許可を受けているか。 ④ 次の項目について、衛生管理計画に規定し、実施記録があるか。	いる・いない・非該当																															
	いる・いない・非該当																															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:45%;">衛生管理項目</th> <th style="width:20%;">衛生管理計画への規定</th> <th style="width:35%;">記録（帳票）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>原材料の納品時間及び品温・鮮度確認等</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>厨房内の温・湿度</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>冷蔵庫・冷凍庫内温度</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>中心温度測定及び食品の加熱・冷却記録</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>使用水の管理</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>従業者の衛生管理</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>施設・設備等の衛生管理</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td>清掃実施状況*（毎日・毎週・毎月）</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td><td style="background-color: #e0e0e0;">あり・なし</td></tr> <tr><td colspan="3">【その他、施設で規定する帳票】</td></tr> </tbody> </table>		衛生管理項目	衛生管理計画への規定	記録（帳票）	原材料の納品時間及び品温・鮮度確認等	あり・なし	あり・なし	厨房内の温・湿度	あり・なし	あり・なし	冷蔵庫・冷凍庫内温度	あり・なし	あり・なし	中心温度測定及び食品の加熱・冷却記録	あり・なし	あり・なし	使用水の管理	あり・なし	あり・なし	従業者の衛生管理	あり・なし	あり・なし	施設・設備等の衛生管理	あり・なし	あり・なし	清掃実施状況*（毎日・毎週・毎月）	あり・なし	あり・なし	【その他、施設で規定する帳票】			※毎日、毎週、毎月で使用している帳票を選択
衛生管理項目	衛生管理計画への規定	記録（帳票）																														
原材料の納品時間及び品温・鮮度確認等	あり・なし	あり・なし																														
厨房内の温・湿度	あり・なし	あり・なし																														
冷蔵庫・冷凍庫内温度	あり・なし	あり・なし																														
中心温度測定及び食品の加熱・冷却記録	あり・なし	あり・なし																														
使用水の管理	あり・なし	あり・なし																														
従業者の衛生管理	あり・なし	あり・なし																														
施設・設備等の衛生管理	あり・なし	あり・なし																														
清掃実施状況*（毎日・毎週・毎月）	あり・なし	あり・なし																														
【その他、施設で規定する帳票】																																
⑤ 施設栄養士及び調理従事者の検便（赤痢・サルモネラ属・腸管出血性大腸菌）を適切に実施しているか。 また、10月から3月までの間には月1回以上又は必要に応じてノロウィルスの検便を行うことにしているか。	いる・いない																															
	いる・いない																															
（前年度実績）		※ノロウィルス検査を実施している月は、月の左側に○をつける																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">月</th> <th style="width:10%;">4</th> <th style="width:10%;">5</th> <th style="width:10%;">6</th> <th style="width:10%;">7</th> <th style="width:10%;">8</th> <th style="width:10%;">9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施者数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <th style="width:15%;">月</th> <th style="width:10%;">10</th> <th style="width:10%;">11</th> <th style="width:10%;">12</th> <th style="width:10%;">1</th> <th style="width:10%;">2</th> <th style="width:10%;">3</th> </tr> <tr> <td>実施者数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			月	4	5	6	7	8	9	実施者数(人)							月	10	11	12	1	2	3	実施者数(人)								
月	4	5	6	7	8	9																										
実施者数(人)																																
月	10	11	12	1	2	3																										
実施者数(人)																																
実施人数の内訳（前年度平均）		※ねずみの駆除をしている月は、月の左側に○をつける																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width:25%;">栄養士・管理栄養士</td> <td style="width:15%;">施設</td> <td style="width:10%;">人</td> <td style="width:10%;">受託</td> <td style="width:10%;">人</td> </tr> <tr> <td>調理員</td> <td>施設</td> <td>人</td> <td>受託</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>介護士等</td> <td>介護士</td> <td>人</td> <td>その他</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>			栄養士・管理栄養士	施設	人	受託	人	調理員	施設	人	受託	人	介護士等	介護士	人	その他	人															
栄養士・管理栄養士	施設		人	受託	人																											
調理員	施設	人	受託	人																												
介護士等	介護士	人	その他	人																												
⑥ 害虫等の駆除を半年に1回以上実施し、その記録を1年間保管しているか。 また、害虫の発生時は都度駆除を実施しているか。																																
（前年度実績）		※ねずみの駆除をしている月は、月の左側に○をつける																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">月</th> <th style="width:10%;">4</th> <th style="width:10%;">5</th> <th style="width:10%;">6</th> <th style="width:10%;">7</th> <th style="width:10%;">8</th> <th style="width:10%;">9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施日(日)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <th style="width:15%;">月</th> <th style="width:10%;">10</th> <th style="width:10%;">11</th> <th style="width:10%;">12</th> <th style="width:10%;">1</th> <th style="width:10%;">2</th> <th style="width:10%;">3</th> </tr> <tr> <td>実施日(日)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			月	4	5	6	7	8	9	実施日(日)							月	10	11	12	1	2	3	実施日(日)								
月	4	5	6	7	8	9																										
実施日(日)																																
月	10	11	12	1	2	3																										
実施日(日)																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width:20%;">害虫駆除方法</td> <td style="width:20%;"> <input type="checkbox"/> 薬剤散布 <input type="checkbox"/> 捕虫器設置 </td> <td style="width:10%;">実施者</td> <td style="width:10%;"> <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 専門業者 </td> <td style="width:10%;">その他の方法</td> <td style="width:30%;"></td> </tr> </tbody> </table>		害虫駆除方法	<input type="checkbox"/> 薬剤散布 <input type="checkbox"/> 捕虫器設置	実施者	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 専門業者	その他の方法																										
害虫駆除方法	<input type="checkbox"/> 薬剤散布 <input type="checkbox"/> 捕虫器設置	実施者	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 専門業者	その他の方法																												

運 営 状 況	自主点検欄	摘 要																																
※グリストラップの清掃をしているか 直近清掃日 年 月 日	いる・いない																																	
⑦ 保健センター（保健所）の衛生監視員の立入検査の結果、指示事項はないか。 また、指示事項がある場合は改善しているか。 直近立入年月日 年 月 日	なし・あり・実績なし いる・いない・非該当																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">指示事項</td> <td></td> </tr> <tr> <td>改善状況</td> <td></td> </tr> </table>			指示事項		改善状況																													
指示事項																																		
改善状況																																		
⑧ 所管区保健センターの管理栄養士による健康増進法に基づく巡回指導はあるか。 直近巡回年月日 年 月 日	あり・なし・実績なし	※1回100食以上または1日250食以上提供している施設が該当																																
⑨ 検食は各食事前に実施しているか。	いる・いない																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>検食時間</th> <th>入所者の 食事時間</th> <th colspan="3">検食者の職種</th> <th>1回の 人員</th> <th>記録の 有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>朝食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>人</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>人</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>人</td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table>				検食時間	入所者の 食事時間	検食者の職種			1回の 人員	記録の 有無	朝食						人	有・無	昼食						人	有・無	夕食						人	有・無
	検食時間	入所者の 食事時間	検食者の職種			1回の 人員	記録の 有無																											
朝食						人	有・無																											
昼食						人	有・無																											
夕食						人	有・無																											
⇒ 「給食施設(特養)」シートを記入してください																																		
2 危機管理 (1) 給食管理・栄養管理に関するインシデント（ヒヤリハット）やアクシデント（事故報告）を提出しているか。																																		
いる・いない																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">報告例</td> <td></td> </tr> </table>			報告例																															
報告例																																		
3 災害用非常食 (1) 災害用非常食に関する献立表を作成しているか。 (2) 災害用非常食及び飲料水を規定量保存しているか。 (3) 災害用非常食及び飲料水の使用方法や備蓄量について、他職種にわかるよう明示しているか。 ⇒ 「災害用非常食」シートを記入してください																																		
いる・いない いる・いない いる・いない		2 震災対策 (2) に関連																																

給食施設自己点検シート

2026年度

- ・下記の項目にご回答ください
- ・ は該当内容を入力、 はプルダウンから選択してください

施設名

確認項目		確認	備考
人員基準 第2条	管理栄養士を配置している	<input type="checkbox"/>	
	常勤の氏名 <input type="text"/>		
	非常勤の氏名 <input type="text"/>		
	栄養士を配置している	<input type="checkbox"/>	
	常勤の氏名 <input type="text"/>		
	非常勤の氏名 <input type="text"/>		
	管理栄養士を配置していない場合又は栄養士のみを配置している施設や、栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設について、併設施設や外部の管理栄養士の協力により栄養ケア・マネジメントを実施している	<input type="checkbox"/>	
栄養管理 第17条の2	※ 栄養ケア・マネジメントの実施状況 栄養ケア・マネジメント自己点検シート に入力してください 下線をクリックしてください		
	療養食を提供する場合、医師が食事箋を発行している	<input type="checkbox"/>	
	提供食種 <input type="text"/>		
	給与栄養目標量を算出している(食事摂取基準改定時、日本食品標準成分表改定時など)	<input type="checkbox"/>	
	給与栄養目標量が常食の給与栄養量として適切である	<input type="checkbox"/>	
	療養食、嚥下調整食等の献立を整備している	<input type="checkbox"/>	
	提供食種 <input type="text"/>		
	栄養補助食品 経腸栄養剤		
食事 第14条	献立表に基づく調理、盛り付けをしている	<input type="checkbox"/>	
	献立に基づき食品を発注・検収し、適切な保管・払い出しを行っている	<input type="checkbox"/>	
	適切な時刻に給食を提供している	<input type="checkbox"/>	
	調理・盛り付け時間の配慮、保温・保冷食器や温冷配膳車などを使用し適切な温度で給食を提供している	<input type="checkbox"/>	
	身体機能(麻痺・拘縮等)に応じた食器を使用している	<input type="checkbox"/>	
	献立内容(使用食品の種類、料理の組み合わせ、分量等)が適切である	<input type="checkbox"/>	
	献立に季節感や行事食等を取り入れている	<input type="checkbox"/>	
	食事内容 <input type="text"/>		
	※ 軽費老人ホーム・ケアハウスを併設している場合(介護老人福祉施設(地域密着型を含む)単独施設は任意)		
	嗜好調査を行なっている	<input type="checkbox"/>	
	回数 <input type="text"/> 回/年 記録 <input type="text"/> 実施方法 <input type="text"/>		
	残食(菜)調査を行っている	<input type="checkbox"/>	
	回数 <input type="text"/> 回/年 記録 <input type="text"/> 実施方法 <input type="text"/>		
	嗜好調査結果及び残食(菜)調査等を献立に反映している	<input type="checkbox"/>	
献立表その他必要な帳票等を適切に作成し、当該施設に備え付けている	<input type="checkbox"/>		
予定献立表の変更点を実施献立表に記載し、献立内容の改善等に活用している	<input type="checkbox"/>		
保健センターへ提出している報告書名 <input type="text"/> 報告書名 <input type="text"/>			
業務形態 <input type="text"/> 委託業者 <input type="text"/>			
献立 <input type="text"/> 発注 <input type="text"/> 食材 <input type="text"/> 栄養補助食品・経腸栄養剤等 <input type="text"/>			
給食・栄養管理委員会を定期的開催し、記録を作成・保管・回覧している 実施回数 <input type="text"/> 回/年			
給食・栄養管理委員会の協議結果を給食運営等に反映している	<input type="checkbox"/>		
食事の提供に責任を持ち、運営状況(契約内容含む)等を定期的に確認し、必要な指示を行っている	<input type="checkbox"/>		

施設名 _____

※ 実施できている項目は、■を選択してください

点検項目及び点検事項	点検結果
1 栄養ケア・マネジメント全般	
(1) 栄養ケア計画の作成・変更にあたっては、サービス担当者会議等により原案について意見を求めている	<input type="checkbox"/> いる
(2) 栄養ケア計画及び入所者ごとの栄養状態を定期的に記録する様式を施設独自で作成する場合は、厚生労働省が示している様式の内容を全て網羅している	<input type="checkbox"/> いる
2 スクリーニング・アセスメント・モニタリング	
(1) スクリーニング	
① 低栄養のリスクを把握している	<input type="checkbox"/> いる
② 毎月体重測定を実施している	<input type="checkbox"/> いる
③ 1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月の体重減少率を把握している	<input type="checkbox"/> いる
④ 褥瘡の有無を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑤ 栄養補給法を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑥ その他、必要なスクリーニング項目を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑦ 3ヶ月ごとに再スクリーニングを実施している	<input type="checkbox"/> いる
(2) アセスメント	
① 食事摂取量を確認している	<input type="checkbox"/> いる
② 主食の摂取量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
③ 副食(主菜・副菜)の摂取量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
④ 栄養補助食品等を使用している場合、摂取量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑤ 摂取栄養量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑥ 提供栄養量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑦ 必要栄養量を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑧ 提供栄養量と必要栄養量に乖離がない	<input type="checkbox"/> いる
乖離している場合、原因等の分析や評価をしている	<input type="checkbox"/> いる
⑨ 食事の形態及び嚥下調整食の必要性を把握している	<input type="checkbox"/> いる
嚥下調整食が必要な場合、嚥下食分類コードを明記している	<input type="checkbox"/> いる
⑩ 増粘剤を使用する場合、とろみの濃度を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑪ 食事に関する留意事項(療養食、食事形態、嗜好、薬剤影響食品、アレルギー等)を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑫ 本人の意欲を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑬ 食欲・食事の満足感、食事に対する意欲を把握している	<input type="checkbox"/> いる
⑭ その他、必要な項目を把握している	<input type="checkbox"/> いる
(3) モニタリング	
① 低栄養のリスク別にモニタリングを定期的実施している	<input type="checkbox"/> いる
低リスク	日・週・月
中リスク	日・週・月
高リスク	日・週・月
② 多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)を把握している	<input type="checkbox"/> いる
③ アセスメント項目について評価している	<input type="checkbox"/> いる
④ モニタリングの結果、入所(院)者の状態が急激に変化していた場合は栄養ケア計画の見直しをしている	<input type="checkbox"/> いる
⑤ 長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量(必要・提供・摂取栄養量)を把握し、総合的な評価判定をしている	<input type="checkbox"/> いる
⑥ 特記事項があれば記載している	<input type="checkbox"/> いる
⑦ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、栄養ケア計画の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> いる
3 栄養ケア計画	
(1) 医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員等のその他の職種の者が共同して入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成している	<input type="checkbox"/> いる
(2) 課題・目標について	

※ 実施できている項目は、■を選択してください

点検項目及び点検事項		点検結果
	① 入所(院)者及び家族の意向を確認し、記載している	<input type="checkbox"/> いる
	② 解決すべき課題(ニーズ)を記載している	<input type="checkbox"/> いる
	③ 長期目標・短期目標及び期間を記載している	<input type="checkbox"/> いる
	④ 栄養ケア計画の長期目標は3ヶ月ないし6ヶ月で達成できる内容になっている	<input type="checkbox"/> いる
	⑤ 計画の分類を設定している	<input type="checkbox"/> いる
	⑥ 栄養ケア計画と施設サービス計画書の整合性が保たれている	<input type="checkbox"/> いる
	⑦ 栄養ケア計画は個々の状態に合わせて作成している	<input type="checkbox"/> いる
(3) 栄養ケアの具体的内容について		
	① 必要栄養量及び提供栄養量を記載している	<input type="checkbox"/> いる
	② 療養食加算算定者の場合、提供している食種及びその情報(提供栄養量等)を記載している	<input type="checkbox"/> いる
	③ 提供栄養量は食事内容と合致している	<input type="checkbox"/> いる
	④ 栄養量の表記は、日本人の食事摂取基準に基づいた記載をしている	<input type="checkbox"/> いる
	⑤ 食事形態や分量(栄養補助食品の提供がある場合はその有無)が明記されており、提供内容と合致している	<input type="checkbox"/> いる
	⑥ 入所(院)者の摂食・嚥下機能を理解し、嚥下食コードを記載している	<input type="checkbox"/> いる
	⑦ 増粘剤を使用している場合は、とろみの濃度(薄いとろみ・中間のとろみ・濃いとろみ)について記載している	<input type="checkbox"/> いる
	⑧ 食事介助の必要性、提供スピード、一口量について記載している	<input type="checkbox"/> いる
	⑨ 食器具(食事介助で使用する食器具を含む)の使用について記載している	<input type="checkbox"/> いる
	⑩ 姿勢保持について記載している	<input type="checkbox"/> いる
	⑪ 算定している加算について明記している	<input type="checkbox"/> いる
(4)	入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、栄養ケア計画の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> いる
(5)	栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば、直ちに計画を修正している	<input type="checkbox"/> いる
(6)	栄養ケア計画は、入所(院)者又は家族に説明したうえで、文書または電磁的方法により同意を得ている	<input type="checkbox"/> いる
(7)	栄養ケア計画は、見直しの結果変更がない場合でも新たな更新期間に合わせて作成している	<input type="checkbox"/> いる
(8)	栄養ケア提供の主な経過(栄養補給(食事摂取量等)の状況や内容変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等)を記録している	<input type="checkbox"/> いる
以下は該当施設のみ確認		
4 栄養マネジメント強化加算		
(1)	ア)算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者等については、当該算定を開始しようとする月 イ)算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等については、サービスの利用開始月 ウ)ア又はイの月のほか、少なくとも3月ごとにLIFEへ情報を提出している	<input type="checkbox"/> いる
(2)	経口維持加算算定者は、経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合は必須(摂食・嚥下の課題、食事の観察、多職種会議)の項目についてLIFEに情報提供している	<input type="checkbox"/> いる
(3)	併設施設等において居宅サービスにおける栄養アセスメント加算及び栄養改善加算を算定している場合、算定要件として規定する員数を超えた管理栄養士を配置している	<input type="checkbox"/> いる
(4)	併設施設等において、認知症グループホームにおける栄養管理体制加算を算定している場合、算定要件として規定する員数を超えた管理栄養士を配置している	<input type="checkbox"/> いる
(5)	(3)・(4)に従事する管理栄養士に対し、各サービス事業所に勤務する辞令が発令され、勤務表に勤務時間が明記されている	<input type="checkbox"/> いる
(6)	退所(院)し、居宅に移行する場合は家族に対して退所後の食事の相談支援を行い、他の介護保険施設や医療機関に入所(院)する場合は、入所(院)中の栄養管理に関する情報を入所(院)先に提供している	<input type="checkbox"/> いる
確認欄	管理栄養士配置数 ①	人
	前年度の平均入所者数 ②	人
	常勤換算方法で除す係数 ③	50または70
	居宅サービス等に従事できる管理栄養士の員数 ①-②/③	人

非常用食品及び飲料水の備蓄量、保存場所、熱源・燃料等の数量及び保管場所

注意事項

・貴施設で作成されている、以下の①～③を提出してください

- ①食種別の内訳がわかる非常食献立表
- ②非常用食品及び飲料水の備蓄量の内訳及び保存場所がわかる一覧表
- ③非常用の熱源・燃料の内容がわかる一覧表



Excelデータの場合…このシート以降にデータを挿入してください

PDFやWordの場合…データを図に変換してこのタブ以降にシートを作成して貼付してください

・「想定人数」は、管理栄養士が管理している全ての施設について記入してください

- ・ の部分に該当する数値を入力してください。
- ・ 入所者分は、内訳欄に形態を記入し、該当する想定人数を入力してください。
形態別に準備していない場合は、常食欄に入力してください。
- ・ 併設施設分（ケアハウス、デイサービス等）の備蓄量はその他欄に入力してください。
- ・ 本体施設で併設施設の非常食及び飲用水の内容を管理している場合、このシートに備蓄量を全て記載してください。（併設施設のこのシートへの記載は不要です）

● 想定人数

内訳	想定食数 (人)	必要量			備蓄量	
		食品(食)	水(L)	日分	食品(食)	水(L)
入所者	0	0	0	/	0	0
内 訳	常食	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
そ の 他		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
計	0	0			0	0

別表1-1 入所の状況

(1) 入所者延数・短期入所利用者延数

- ① 入所等した日は含み、退所等した日は含みません。(介護報酬請求上の入所実績と異なります。)
 ② 入院及び外泊日(初日及び最終日は除く。)は含みません。

○前年度

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	入所者延数 合計
特別養護 老人ホーム													
短期入所													
計													

○当年度

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	入所者延数 合計
特別養護 老人ホーム													
短期入所													
計													

(2) 要介護状態の状況(短期入所(空床利用、併設)を除く)

(各年度4月1日現在)

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
前年度	人	人	人	人	人	人
当年度	人	人	人	人	人	人

(3) 社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置を行った実人数

区分	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
前年度													
当年度													

別表1-2 居室の状況

(当年度4月1日現在)

区 分	室 数	床面積	1人あたり面積	備 考
人部屋	室	m ²	m ²	
人部屋	室	m ²	m ²	
人部屋	室	m ²	m ²	
人部屋	室	m ²	m ²	
人部屋	室	m ²	m ²	
計	室	m ²		

別表2 諸規程、帳簿類の整備状況

- ・ 次の規程及び帳簿類（前年度・今年度分）を監査会場に用意しておいてください。
- ・ システム管理等している場合は、閲覧できるように準備しておいてください。

規程 A	1. 運営規程	有・無
	2. 就業規則（育児・介護休業規程を含む）	有・無
	3. 給与規程	有・無
	4. 旅費規程	有・無
	5. 経理規程	有・無
	6. 個人情報保護規程	有・無
	7. 公益通報者保護規程	有・無
運営管理 B	1. 職員会議録、各種委員会資料・議事録	有・無
	2. 事業日誌	有・無
	3. 研修（内部・外部）計画、研修資料・実施記録	有・無
	4. 職務分担表	有・無
	5. 職員（労働者）名簿	有・無
	6. 履歴書	有・無
	7. 資格証明書（写）、研修修了証（写）	有・無
	8. 職員実績表（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別、兼務状況が明確になっていること）	有・無
	9. 労働基準監督署届出・申請書類	有・無
	10. 労働基準法等各種協定	有・無
	11. 給与（賃金）台帳	有・無
	12. 扶養・住居・通勤手当の認定書類	有・無
	13. 出勤簿又はタイムカード（勤務の実績がわかる書類）	有・無
	14. 超過勤務命令簿	有・無
	15. 年次有給休暇簿	有・無
	16. 出張命令簿	有・無
	17. 雇用契約書・労働条件通知書	有・無
	18. 社会保険・労働保険関係書類	有・無
	19. 所得税（源泉徴収）関係書類	有・無
	20. 福祉医療機構退職手当共済関係書類	有・無
	21. 県共済会退職共済関係書類	有・無
	22. 職員の健康診断記録	有・無
	23. 業務継続計画	有・無
防災 C	1. 防火管理者選任届	有・無
	2. 消防計画／防火管理規程（地震防災規程含む）	有・無
	3. 避難確保計画（浸水想定区域、津波災害警戒区域、土砂災害警戒区域のみ）	有・無
	4. 消防署立入検査関係	有・無
	5. 消防用設備等点検結果報告書（控）	有・無
	6. 消火・避難訓練実施記録	有・無
	7. 緊急時非常用連絡網	有・無
	8. 災害用非常食献立表、非常用食品・飲用水の備蓄量、保存場所、非常用熱源・燃料が分かる一覧表	有・無

経理 D	1. 会計責任者等の任命辞令（控）	有・無
	2. 財産目録	有・無
	3. 予算書（当初・補正）	有・無
	4. 決算書（貸借対照表、収支計算書等）	有・無
	5. 試算表	有・無
	6. 決算附属明細書・事業計画書・事業報告書	有・無
	7. 総勘定元帳	有・無
	8. 会計伝票（仕訳伝票）	有・無
	9. 見積書・納品書・請求書等証拠証憑類	有・無
	10. 小口現金出納帳	有・無
	11. 固定資産管理台帳	有・無
	12. 預金通帳	有・無
	13. 県共済会退職金基金資産残高通知書	有・無
	14. 契約関係書類	有・無
	15. 寄附金関係書類	有・無
	16. 利用料等徴収関係書類	有・無
処遇 E	1. 入所者名簿・入所者台帳	有・無
	2. 入所検討委員会議事録	有・無
	3. 施設サービス計画、サービス担当者会議記録、ケース会議記録	有・無
	4. 介護日誌・介護記録	有・無
	5. 看護日誌・看護記録	有・無
	6. 相談員日誌・業務記録	有・無
	7. 入所者の健康管理記録	有・無
	8. 協力医療機関との契約書等	有・無
	9. 面会受付記録、外出・外泊許可記録	有・無
	10. 身体拘束に関する説明書・経過観察記録	有・無
	11. 苦情受付処理簿・苦情の内容等の記録	有・無
	12. 事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書	有・無
	13. 利用契約書・重要事項説明書	有・無
	14. 預かり金品管理規程、預かり金品関係書類（実施する施設のみ）	有・無
	<以下は指針>	
	15. 身体的拘束等の適正化のための指針	有・無
	16. 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	有・無
	17. 事故発生の防止のための指針	有・無
18. 虐待の防止のための指針	有・無	

給食 F	1. 献立表（予定・実施）	有・無
	2. 栄養ケア・マネジメント関係帳票	有・無
	3. 食事箋	有・無
	4. 衛生管理計画	有・無
	5. 衛生管理計画に規定される実施記録等（温度記録・健康管理記録等）	有・無
	6. 検便結果報告書	有・無
	7. 害虫駆除結果報告書	有・無
	8. 保健センター立入記録	有・無
	9. 保健センター提出書類（特定給食施設状況報告書又は給食実施報告書）	有・無
	10. 給食関係会議録	有・無
	<以下は該当施設のみ用意>	
	11. 検食簿	有・無
	12. し好・残食調査結果	有・無
	13. 給食日誌	有・無
	14. 目標栄養量算出表	有・無
	15. 水質検査書	有・無
16. 委託業務契約書又は食品売買契約書	有・無	

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の職種別人員配置基準

■平均入所者数の算定方法 (平均入所者数の算定においては、入所した日を含み退所した日を含まない)

- (1) 前年度の4/1～3/31までの実績がある場合
 $\text{前年度入所者延数} \div \text{開設日数} [365日(閏年の場合は366日)] = \text{平均入所者数(小数点第2位以下切上げ)}$
- (2) 前年度の4/1～3/31までの実績がない場合
- ① 6月未満の間 $\text{定員} \times 90\% = \text{平均入所者数(小数点第2位以下切上げ)}$
 - ② 6月以上1年未満の間 $\text{直近6月の入所者延数} \div \text{直近6月の日数} = \text{平均入所者数(小数点第2位以下切上げ)}$
 - ③ 1年以上経過 $\text{直近1年の入所者延数} \div \text{直近1年の日数} = \text{平均入所者数(小数点第2位以下切上げ)}$

■常勤換算方法による職員数の算定方法

- (1) 月初から月末まで勤務した常勤職員については、人数を数えるのみで、常勤換算の計算をする必要なし。
- (2) 非常勤職員と、常勤職員のうち、月の中で採用、退職、異動等した職員は次の方法により常勤換算をする。
 $\text{暦月の勤務延時間数} \div \text{当該施設における常勤職員の勤務すべき時間数(就業規則で定められた常勤職員の勤務時間)} = \text{常勤換算後の職員数(小数点第2位以下切捨て)}$
- (3) 常勤兼務職員は、原則として常勤換算方法の対象となる。(例外：介護支援専門員の他職種兼務)
 ただし、職員1人あたりの勤務時間数は、常勤職員の勤務すべき暦月あたりの勤務時間数を上限とする。

●常勤職員の勤務すべき暦月あたりの時間数の算定方法

- (例) 休日は月9日付与、1日の勤務時間は8時間(夜勤は2日で16時間)と就業規則で規定
 計算式： $(\text{暦月ごとの日数} - 9日) \times 8\text{時間} = \text{常勤職員の勤務すべき暦月あたりの時間数}$
 $\Rightarrow 28\text{日の暦月} : 152\text{時間、} 29\text{日の暦月} : 160\text{時間、} 30\text{日の暦月} : 168\text{時間、} 31\text{日の暦月} : 176\text{時間}$
- (例) 4週単位の変形労働時間制を採用している、毎月15日を起算日とする1か月単位の変形労働制を採用しているなど、就業規則の規定や勤務表からは容易に説明できない場合
 計算式： $\text{暦月での勤務可能時間数を、便宜上の勤務時間とする。}$
 $\Rightarrow 28\text{日の暦月} : 160\text{時間、} 29\text{日の暦月} : 165.7\text{時間、} 30\text{日の暦月} : 171.4\text{時間、} 31\text{日の暦月} : 177.1\text{時間}$
 注意：算定された時間数は、基準人員欠如・加算要件充足の有無の判断にも使用します。合理的な時間数を算出するためには、就業規則の規定や勤務表の表記の方法への配慮が必要です。

■職種別人員配置基準 ※平均入所者数には、空床及び併設の短期入所の利用者数を含める。(ただし看護職員数の算定の場合についてはこの限りではない。：【注1】参照)

職種	職員配置基準		
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数		
生活相談員	平均入所者数100人 1人以上 平均入所者数101人～200人 2人以上	平均入所者数201人～300人 3人以上	
看護・介護職員	常勤換算による看護・介護職員の配置数 (平均入所者数÷3)人以上 (小数点第1位以下切上げ)		
看護職員	平均入所者数 ～30人	常勤換算による配置数 1人以上	
	30人超～50人以下	2人以上	
	50人超～130人以下	3人以上	
	130人超～180人以下	4人以上	
	180人超～230人以下	5人以上	
	230人超～280人以下	6人以上	
夜勤職員	従来型	平均入所者数 ～25人	常勤換算による配置数 1人以上
		26人～60人	2人以上
		61人～80人	3人以上
		81人～100人	4人以上
		101人～125人	5人以上
		126人～150人	6人以上
		151人～175人	7人以上
	176人～200人	8人以上	
ユニット型	2ユニットに1人以上		
機能訓練指導員	1人以上 ただし、機能訓練指導加算を算定する場合は、常勤専従の理学療法士等を1人以上配置 なお、平均入所者が100人を超える場合は、平均入所者数÷100以上の配置が必要		
介護支援専門員	常勤専従で1人以上 平均入所者数101人～200人 2人(標準) 平均入所者数201人～300人 3人(標準)	【注4】入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務を兼務することができる。(ダブルカウント可)	
栄養士又は管理栄養士	1人以上		

注) 端数処理の指定がない場合は、小数点第2位以下を切捨てること。

別表3-1 職員の配置状況

(監査実施月の前々月1日現在)

区 分	配置基準数	配置職員数 〔 〕内は兼務職員を再掲			欠員が発生している場合、発生期間・発生理由・補充状況等を記載
		常 勤	非常勤	合 計	
施設長	1	〔 〕	〔 〕	〔 〕	
医師（嘱託医）		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
生活相談員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
介護職員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
看護職員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
栄養士又は管理栄養士		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
介護支援専門員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
機能訓練指導員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
調理員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
事務員		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
その他		〔 〕	〔 〕	〔 〕	
計		〔 〕	〔 〕	〔 〕	⇒再掲 法人在籍年数が5年以上の 職員の実人数

- 注1) 配置基準数について、「特別養護老人ホームの設置及び運営に関する基準」第12条及び「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」第2条に定める職員数を記入してください。
- 注2) 老人短期入所事業を併せて実施している場合は、配置基準数は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第121条に定める従業者の員数を含めて記入してください。
- 注3) 非常勤職員数は、常勤換算後（非常勤全職員の合計勤務時間÷常勤1人当たりの勤務時間）の職員数を記入してください。

別表3-2 職員の採用・退職の状況（雇用期間の定めのない職員のみ）

年度	採用・退職	施設長	医師（嘱託医）	生活相談員	介護職員	看護職員	栄養士又は管理栄養士	介護支援専門員	機能訓練指導員	調理員	事務員	その他	計
前年度	採用												
	退職												
当年度	採用												
	退職												
	___月末現在職員数 (記入可能な直近の月末)												

注) 実数を記入してください。また、採用・退職について、法人内異動は該当しません。

別表3-3 職員の配置状況計算書(今年度分)

記載例

前年度の平均入所者数(短期入所併設の場合は、首数を含む。)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均入所者数= 入所者延数 開設日数
特養入所者延数	1,517	1,519	1,521	1,512	1,519	1,523	1,529	1,520	1,501	1,519	1,498	1,509	18,187	53.5 人
短期入所者延数	102	120	90	100	140	120	100	90	130	130	100	101	1,323	
計	1,619	1,639	1,611	1,612	1,659	1,643	1,629	1,610	1,631	1,649	1,598	1,610	19,510	

当該施設における看護・介護職員等の配置基準

平均入所者数 $\frac{\text{入所者延数}}{\text{開設日数}} = \frac{19,510 \text{ 人}}{365 \text{ 日}} = 53.45 \Rightarrow 53.5$ (小数点第2位以下切上げ)

看護・介護職員の配置基準 $\frac{\text{平均入所者数}}{\text{基準}} = \frac{53.5 \text{ 人}}{3} = 17.83 \Rightarrow 18$ (小数点第1位以下切上げ)

看護職員の配置基準 **3人以上** 看護体制加算(Ⅱ)の配置基準 **4人以上**

夜勤職員の配置基準 **2人以上** 夜勤職員配置加算の配置基準 **3人以上**

介護支援専門員の配置基準 **1人以上** 夜勤時間帯 **16:00 ~ 8:00**

※施設が決める午後10時から午前5時を含む連続する16時間

当該施設における常勤職員の勤務すべき時間数

常勤職員の週あたり勤務時間 **40時間** (就業規則で定められた常勤職員の週あたり勤務時間を記載)

常勤職員が勤務すべき暦月あたりの勤務時間数

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
171.4	177.1	171.4	177.1	177.1	171.4	177.1	171.4	177.1	177.1	160.0	177.1

今年度 全職員の配置状況計算書

※常勤・非常勤、専従・兼務の区別… A 常勤専従 B 常勤兼務 C 非常勤専従 D 非常勤兼務

職種	常勤・兼務※	氏名	社会保険加入	退職共済加入	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
施設長	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
医師	C	△△△△	×	×	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
生活相談員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護支援専門員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
機能訓練指導員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
管理栄養士	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事務長	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事務員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護補助	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
調理員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
清掃員	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
運転手等	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<看護・介護職員>																
職種	常勤・兼務※	氏名	社会保険加入	退職共済加入	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
看護師1	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
看護師2	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
看護師3	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
看護師4	C	△△△△	◎	◎	85	89	89	80	89	89	89	80	89	89	80	89
准看護師1	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員1	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員2	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員3	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員4	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員5	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員6	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員7	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員8	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員9	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員10	A	△△△△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員11	A	△△△△	◎	◎	48	5/10退職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護職員12	C	△△△△	×	×	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
介護職員13	C	△△△△	◎	×	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
介護職員14	C	△△△△	◎	×	140	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
介護職員15	C	△△△△	◎	×	140	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
介護職員16	C	△△△△	◎	×	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
介護職員17	C	△△△△	◎	×	140	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
介護職員18	C	△△△△	◎	×	140	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
介護職員19	C	△△△△	×	×	50	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87

看護職員が機能訓練指導員を兼務する場合、それぞれの業務に従事する時間に割り振ること。機能訓練指導員が1人のみで個別機能訓練加算を算定している場合は、看護職との兼務はできないことに注意してください。

看護体制加算Ⅰを算定している場合は、常勤看護師が必要であることに注意してください。

施設と短期入所との兼務のみならば、専従扱い(A又はC)としてください。

月の初日から末日までの「暦月」の勤務時間を記入してください。

看護のみ	常勤専従の看護職員数(A)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	看護職員(B・C・D)の勤務延べ時間数	85	89	84	89	89	85	89	85	89	85	89	89	89	80	89
	看護職員(B・C・D)の常勤換算	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
全看護職員の常勤換算数		4.4	4.5	4.4	4.5	4.5	4.4	4.5	4.4	4.5	4.4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
看護+介護	常勤専従の看護職員+介護職員数(A)	15	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	看護+介護職員(B・C・D)の勤務延べ時間数	1085	1254	1201	1206	1206	1206	1202	1206	1202	1206	1202	1206	1206	1197	1206
	看護+介護職員(B・C・D)の常勤換算	6.3	7.0	7.0	6.8	6.8	6.8	7.0	6.8	7.0	6.8	7.0	6.8	6.8	7.4	6.8
全看護職員+全介護職員の常勤換算数		21.3	21.0	21.0	20.8	20.8	21.0	20.8	21.0	20.8	21.0	20.8	20.8	20.8	21.4	20.8

別表4-1 職員の勤務状況

職 種	時																								勤 務 時 間			始 業	終 業		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	実 働	休 憩	計			時 分	時 分
施 設 長																											時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
																											:	:	:	:	:
日 課																									<勤務体制>						
																									_____の勤務体制			4週	休		
																									_____の勤務体制			4週	休		
																									_____の勤務体制			4週	休		
																									_____の勤務体制			4週	休		
																									_____の勤務体制			4週	休		

(注) 1 施設長以下、職種ごとの勤務時間割を就業規則等に従って記入してください。同一の職種で複数の勤務形態がある場合はそれが分かるように記入してください。
 また、勤務ごとの稼働人数がわかるようにしてください。非常勤職員の記入は不要です。
 2 日課は、施設入所者(利用者)の平均的な1日の流れを記入してください。
 3 勤務体制は、職種ごとの4週あたりの平均的な勤務形態を記入してください。

別表5 各種委員会、会議の実施状況
1 各種委員会

(前年度実績)

委員会の種別	実施日	職 種	記録の有無	開催結果の 職員周知
入所検討委員会 3月に1回以上			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
身体拘束の適正化 3月に1回以上			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
虐待防止 定期的に開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
感染症・食中毒予防 及びまん延防止 おおむね3月に1回以上 定期的に開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
事故防止 指針等に基づき 定期的に開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
利用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 定期的に開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施

2 施設が実施する定例会議

(前年度実績)

会議等の名称	実施日	職 種	記録の有無	開催結果の 職員周知
【地域密着型のみ】 運営推進会議 おおむね2月に1回以上			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施

別表6 職員研修の実施状況

1 施設内研修

(1) 基準上必要となる研修

(前年度実績)

研修の種別	実施日	職 種	記録の有無	欠席者への 内容周知
身体拘束の適正化 年2回以上及び新規採用時 定期的実施			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
虐待防止 年2回以上及び新規採用時 定期的実施			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
感染症・食中毒予防 及びまん延防止 年2回以上及び新規採用時 定期的開催 ※感染症予防及びまん延防止のため の訓練も年2回以上実施			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
自然災害（業務継続計画） 年2回以上及び新規採用時 定期的開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
事故防止 年2回以上及び新規採用時 定期的開催			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
			有・無	実施・未実施
褥瘡対策 継続教育の実施			有・無	実施・未実施
認知症介護基礎研修 すべての職員に実施 (資格者を除く)			有・無	実施・未実施

(2) その他の内部研修

(前年度実績)

研 修 名	実施日	職 種	記録の有無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

2 施設外研修

(前年度実績)

研修名	実施日	職種	記録の有無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無