

令和 年度
実地指導調書

【指定地域密着型通所介護】

事業所名

作成日

令和

年

月

日

実地指導調書作成前月の状況について記入してください。

1 概要

(1) 事業者の概要

法人名		主たる事務所の所在地	
代表者の職		代表者の氏名	

(2) 管理者の状況

管理者氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
他の事業所での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【	兼務先の事業所名	

(3) 生活相談員の状況

生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		
生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		
生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		

(4) 機能訓練指導員の状況

機能訓練指導員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 【		
機能訓練指導員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 【		

(5) 事業所の概要

登録定員	人	実施単位	単位	同時に通所介護の提供を受けられることができる利用者の数の上限	人					
建物の構造	階建	造	延床面積	m ²	食堂及び機能訓練室の延床面積	m ²				
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、併設する事業所名								
営業日	月	火	水	木	金	土	日	その他 年間の休日	宿泊サービス(介護保険 サービス外)提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
営業時間	平日	～			土曜	～		日・祝日	～	
サービス提供時間	平日	～			土曜	～		日・祝日	～	
消防用設備	<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置 <input type="checkbox"/> スプリンクラー設備 <input type="checkbox"/> 消火器 (箇所設置)									

2 地域密着型通所介護従業者一覧

氏名	職種	兼務している職種 兼務している他事業所名	常勤・非常勤の別	資格及び資格取得年月日	勤続年月数
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月

注1) **前年度から調書作成前月まで**に勤務実績のある全職員について記入してください。退職した従業者については氏名の後に退職年月日を記入してください。

注2) 「兼務している職種」欄は、他の事業所の職務に従事している場合には、兼務先の事業所名も記入してください。

注3) 「資格及び資格取得年月日」欄は、介護福祉士のみ資格取得年月日を記入してください。

注4) 「勤続年月数」欄は、**実地指導調書作成日の前月末日時点**における勤続年月数を記入してください。また、勤続年月数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年月数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年月数を含めることができます。

2 地域密着型通所介護従業者一覧

氏名	職種	兼務している職種 兼務している他事業所名	常勤・非常勤の別	資格及び資格取得年月日	勤続年月数
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月

注1) **前年度から実地指導調書作成前月までに勤務実績のある全職員**について記入してください。退職した従業者については氏名の後に退職年月日を記入してください。

注2) 「兼務している職種」欄は、他の事業所の職務に従事している場合には、兼務先の事業所名も記入してください。

注3) 「資格及び資格取得年月日」欄は、介護福祉士のみ資格取得年月日を記入してください。

注4) 「勤続年月数」欄は、**実地指導調書作成日の前月末日時点**における勤続年月数を記入してください。また、勤続年月数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年月数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年月数を含めることができます。

3 職員研修の実施状況(前年度の状況)

(1) 外部研修の実施状況

開催年月日	研修名	主催者	参加職種	参加人数	記録の有無	事業所内の周知方法

(2) 内部研修の実施状況

開催年月日	研修名	内容	参加職種	参加人数	記録の有無

注)記載しきれない場合は別紙(任意様式)で報告してください。

4 職員会議等の実施状況(前年度の状況)

会議等の名称	実施状況(回/月、随時等)	内容	参加職種	参加人数	記録の有無

注)記載しきれない場合は別紙(任意様式)で報告してください。

5 介護サービスの質の評価の実施状況(前年度の状況)

自己評価の実施時期	年 月 日	自己評価結果の記録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自己評価の方法			

6 地域との連携等

運営推進会議の開催回数(前年度)	回	運営推進会議の記録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
運営推進会議の記録の公表方法			
地 域 と の 連 携			

注) 「地域との連携」欄には、地域住民・町内会・ボランティア団体等との連携状況について記入してください。

7 業務の委託状況(前年度以降)

調理業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
洗濯業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
掃除業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
そ の 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委託内容及び委託先	

8 非常災害対策の状況

(1) 消防計画の届出

届出した年月日	年	月	日	防火管理者	職	氏名
---------	---	---	---	-------	---	----

(2) 非常災害に対する具体的計画の策定状況

<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 浸水	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> 土砂災害	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 計画無
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

(3) 各種防災訓練の実施状況(前年度)

区分	実施回数	実施月	消防署への事前通報	消防署の立会	地域住民の参加	記録
避難訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
救出訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
消火訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
通報訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
避難訓練の実施内容	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> その他()					

注) 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従って記入してください。

(4) 緊急時連絡網の整備 有 無

9 秘密保持等

(1) 従業者(従業者であった者)が業務上知り得た秘密の保持に関する措置 有 無

(2) 講じている措置の内容(※有に該当する場合に記入してください)

--

(3) サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報をを用いる場合の同意 有 無

10 利用者からの苦情処理状況

苦情処理担当者	前年度苦情受付件数	苦情処理マニュアル
	件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※以下は、前年度に受け付けた苦情がある場合に記入してください。

苦情の内容	処理方法及び結果

11 身体拘束について

身体拘束を行った人数及び利用者名(前年度以降)

人	利用者名	
---	------	--

12 事故発生の件数等について(前年度)

みよし広域連合に届けたもの・・・ 件 それ以外の事故(ヒヤリハットを含む)・・・ 件

○ 損害賠償保険への加入状況 有 無

損害賠償保険の内容(保険会社、補償内容等)

--

※損害賠償保険への加入状況が有の場合のみ記入してください。

○事故の経緯を分析して、事故防止につなげるための具体的な方策をとっていますか。 はい いいえ

方策の内容	
-------	--

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) 前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) 前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) 前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。

令和 年度
実地指導調書

【指定地域密着型通所介護】

事業所名

作成日

令和

年

月

日

実地指導調書作成前月の状況について記入してください。

1 概要

(1) 事業者の概要

法人名		主たる事務所の所在地	
代表者の職		代表者の氏名	

(2) 管理者の状況

管理者氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
他の事業所での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【	兼務先の事業所名	

(3) 生活相談員の状況

生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		
生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		
生活相談員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 【		

(4) 機能訓練指導員の状況

機能訓練指導員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 【		
機能訓練指導員氏名		同一事業所内での兼務の有無 及び兼務している職種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【
資格要件	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 【		

(5) 事業所の概要

登録定員	人	実施単位	単位	同時に通所介護の提供を受けられることができる利用者の数の上限	人					
建物の構造	階建	造	延床面積	m ²	食堂及び機能訓練室の延床面積	m ²				
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、併設する事業所名								
営業日	月	火	水	木	金	土	日	その他 年間の休日	宿泊サービス(介護保険 サービス外)提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
営業時間	平日	～			土曜	～		日・祝日	～	
サービス提供時間	平日	～			土曜	～		日・祝日	～	
消防用設備	<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置 <input type="checkbox"/> スプリンクラー設備 <input type="checkbox"/> 消火器 (所設置)									

2 地域密着型通所介護従業者一覧

氏名	職種	兼務している職種 兼務している他事業所名	常勤・非常勤の別	資格及び資格取得年月日	勤続年月数
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月

注1) **前年度から調書作成前月まで**に勤務実績のある全職員について記入してください。退職した従業者については氏名の後に退職年月日を記入してください。

注2) 「兼務している職種」欄は、他の事業所の職務に従事している場合には、兼務先の事業所名も記入してください。

注3) 「資格及び資格取得年月日」欄は、介護福祉士のみ資格取得年月日を記入してください。

注4) 「勤続年月数」欄は、**実地指導調書作成日の前月末日時点**における勤続年月数を記入してください。また、勤続年月数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年月数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年月数を含めることができます。

2 地域密着型通所介護従業者一覧

氏名	職種	兼務している職種 兼務している他事業所名	常勤・非常勤の別	資格及び資格取得年月日	勤続年月数
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月
					年 月

注1) 前年度から実地指導調書作成前月までに勤務実績のある全職員について記入してください。退職した従業者については氏名の後に退職年月日を記入してください。

注2) 「兼務している職種」欄は、他の事業所の職務に従事している場合には、兼務先の事業所名も記入してください。

注3) 「資格及び資格取得年月日」欄は、介護福祉士のみ資格取得年月日を記入してください。

注4) 「勤続年月数」欄は、実地指導調書作成日の前月末日時点における勤続年月数を記入してください。また、勤続年月数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年月数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年月数を含めることができます。

3 職員研修の実施状況(前年度の状況)

(1) 外部研修の実施状況

開催年月日	研修名	主催者	参加職種	参加人数	記録の有無	事業所内の周知方法

(2) 内部研修の実施状況

開催年月日	研修名	内容	参加職種	参加人数	記録の有無

注)記載しきれない場合は別紙(任意様式)で報告してください。

4 職員会議等の実施状況(前年度の状況)

会議等の名称	実施状況(回/月、随時等)	内容	参加職種	参加人数	記録の有無

注)記載しきれない場合は別紙(任意様式)で報告してください。

5 介護サービスの質の評価の実施状況(前年度の状況)

自己評価の実施時期	年 月 日	自己評価結果の記録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自己評価の方法			

6 地域との連携等

運営推進会議の開催回数(前年度)	回	運営推進会議の記録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
運営推進会議の記録の公表方法			
地 域 と の 連 携			

注)「地域との連携」欄には、地域住民・町内会・ボランティア団体等との連携状況について記入してください。

7 業務の委託状況(前年度以降)

調理業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
洗濯業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
掃除業務の委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委 託 先	
そ の 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	委託内容及び委託先	

8 非常災害対策の状況

(1) 消防計画の届出

届出した年月日	年	月	日	防火管理者	職	氏名
---------	---	---	---	-------	---	----

(2) 非常災害に対する具体的計画の策定状況

<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 浸水	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> 土砂災害	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 計画無
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

(3) 各種防災訓練の実施状況(前年度)

区分	実施回数	実施月	消防署への事前通報	消防署の立会	地域住民の参加	記録
避難訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
救出訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
消火訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
通報訓練			有(回)・無	有(回)・無	有・無	有・無
避難訓練の実施内容	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> その他()					

注) 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従って記入してください。

(4) 緊急時連絡網の整備 有 無

9 秘密保持等

(1) 従業者(従業者であった者)が業務上知り得た秘密の保持に関する措置 有 無

(2) 講じている措置の内容(※有に該当する場合に記入してください)

--

(3) サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報をを用いる場合の同意 有 無

10 利用者からの苦情処理状況

苦情処理担当者	前年度苦情受付件数	苦情処理マニュアル
	件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※以下は、前年度に受け付けた苦情がある場合に記入してください。

苦情の内容	処理方法及び結果

11 身体拘束について

身体拘束を行った人数及び利用者名(前年度以降)

人	利用者名	
---	------	--

12 事故発生の件数等について(前年度)

みよし広域連合に届けたもの・・・ 件 それ以外の事故(ヒヤリハットを含む)・・・ 件

○ 損害賠償保険への加入状況 有 無

損害賠償保険の内容(保険会社、補償内容等)

--

※損害賠償保険への加入状況が有の場合のみ記入してください。

○事故の経緯を分析して、事故防止につなげるための具体的な方策をとっていますか。 はい いいえ

方策の内容	
-------	--

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) **前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者**について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) **前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者**について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。

13 地域密着型通所介護利用者一覧表

被保険者番号 氏名	年齢	性別	要介護状態 区分	広域連合 管内外	利用開始年月日 (契約解除年月日)	居宅介護支援(介護予防支援) 事業所名	行動障害の内容(最近のもの)	同一建物 居住の有無

注1) 前年度から調書作成前月までに利用実績のある全利用者について記入してください。契約を解除した利用者については、「利用開始年月日(契約解除年月日)」欄にそれぞれの日付を2段書きで記入してください。

注2) 「行動障害の内容」欄には、食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等を記入して下さい。また、行動障害がない利用者については記入の必要はありません。