社会福祉施設関係監査資料**（障がい児福祉施設）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設種類 |  |
| 施設所在地 | 〒　　　　　　区電話番号　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 |
| 施設長氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設認可年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業開始年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 設置主体 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 経営主体 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 認可定員 |  人 | 現 　員 | 計　　　　　　 | 男　　　　　 | 女　　　　　 |

○資料記入要領

　・特に指定のあるもの以外は、前年度の状況を記入してください。

　・なお、設問の中で改善を要する事項があれば速やかに改善しておいてください。

◎前回指導監査結果通知に基づく指示事項（口頭を含む）のうち未改善事項の状況

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　（前回の指導監査実施日　　年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　未改善事項　 | 　改善措置状況　 | 　　未改善の理由　　 |
|  |  |  |

様式１　施設運営

１．施設の運営について

|  |
| --- |
|  運営方針等について |
|  |

 （注）　本表には当該年度の運営方針の基本、入所者処遇・プライバシーへの配慮、

 　　　職員処遇の充実・士気高揚策・職員研修、地域開放・貢献等、施設の特徴・

　　　　セールスポイントについて具体的に記入してください。

２．監査に関する質問及び要望事項等があれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

様式２　施設運営・就業規則等の制定状況

１．職員会議等の実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  会議等の名称 | 実施状況 | 　参加職員 |  　 会議の主な内容　　 |
| (例)職員会議 処遇会議　 | 月１回　〃 | 全職員指導員及び介護職員 | 次月の事業計画等入所者処遇技術の研究　　　　　　　　　　　　　　　 |

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

２．諸規程の整備状況

（１）各種規程

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  区　　　　分 |  有 |  無 |  　 　 　 　 　 　 　　　 　 |  区　　　　分 |  有 |  無 |   |
| 定款 |  |  | 育児休業規程 |  |  |
| 施設管理規程（運営規程） |  |  | 介護休業規程 |  |  |
| 経理規程 |  |  |
| 就業規則 |  |  | 慶弔規程 |  |  |
|  |  |  |
| 非常勤就業規則 |  |  |  　（２）労働基準法に基づく届出等の整備状況  |
| 給与規程 |  |  |   | 給与振込 |  年　　月　　　日　締結 |   |
| 旅費規程 |  |  | 第24条関係 |  年　　月　　　日　締結 |
| 役員報酬規程 |  |  | 第36条関係 |  年　　月　　　日　締結 |
| 費用弁償規程 |  |  |  年　　月　　　日　届出 |
| 理事長専決規則 |  |  | 専門員宿直 |  年　　月　　　日　許可 |
|  |  |  | 職員宿直 |  年　　月　　　日　許可 |
| 注)有無については、有無欄に○印を付 |

　　してください。

３．職員の勤務体制　　　　　　　　　　　　　　　　　　４．週労働時間

・宿直制（１日当たり宿直者　　人）　　　　　　　　　・就業規則の労働時間　　　　時間

・２直２交代制（１日当たり夜勤者　　人）　　　　　　　（１週間当たり）

・２直変則２交代制（１日当たり夜勤者　　人）

・３直３交代制（１日当たり夜勤者　　人）　　　　　　・週休の状況　　　　　週　　　休

　(注)該当事項を○で囲み、（ ）内には数字を記入してください。

様式３　各種規程等の閲覧用書類の自己点検リスト

　閲覧用に供している場合はチェック欄に〇を記載し施行日欄には、現在、閲覧に供している書類の施行日をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 各　種　規　程 | チェック欄（閲覧に供している場合は〇をご記入ください） | 施行日 |
|  就業規則 |  |  |
|  非常勤職員就業規則 |  |  |
|  育児休業規程 |  |  |
|  介護休業規程 |  |  |
|  給与規程 |  |  |
|  旅費規程 |  |  |
|  消防計画 |  |  |
|  慶弔規程 |  |  |
| 24協定 |  |  |
|  36協定 |  |  |

様式４　令和４年度　各種利用料確認表（該当がある場合のみご提出ください）

別紙エクセル表に必要事項をご記入の上ご提出ください。

様式５　会計責任者及び出納職員について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　責 | 氏　　名 | 役　　　　職 |
| 統括会計責任者設置・未設置 |  | ・理事長・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 会計責任者 | 本部 |  | ・施設長・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 施設 |  | ・施設長・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 出納職員 | 本部 |  | ・事務職員（正規・非正規）・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 施設 |  | ・事務職員（正規・非正規）・その他（　　　　　　　　　　　　） |

様式６　経理自己点検リスト

|  |
| --- |
| 会計管理・経理事務の状況 |
| ①証ひょう書類は適正に保管されているか。 | 適 |[ ]  不適 |[ ]
| ②現金、預貯金、有価証券及び印鑑の管理は適正か。 | 適 |[ ]  不適 |[ ]
| ③法人名義のキャッシュカード・クレジットカードを保有している場合は管理は適正か。 | 適 |[ ]  不適 |[ ]
| ④インターネットバンキングを利用している場合はパスワードの管理は適正か。 | 適 |[ ]  不適 |[ ]
| ⑤インターネットバンキングを利用している場合は会計管理者の最終確認はなされているか。 | 適 |[ ]  不適 |[ ]

　＊該当がある場合のみ適、不適にチェックをしてください。

該当がない場合は適、不適を二重線で消してください。

例）~~適　□　、不適　□~~

様式７　職員の配置状況

１．職員の採用・退職の状況　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在（監査資料作成月の初日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 | 施設長 | 事務員 | 直接処遇職員 | 栄養士 | 医　師 | 調理員 | 介助員 | その他 | 計 |
| 指導員・相談員 | 介護職員 | 看護職員 | 小計 | 常勤 | 嘱託 |
| 生活 | 職業 | OTPT等 |
| 前年度 | 年度当初職 員 数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度中 | 採用 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退職 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当年度 | 年度当初職 員 数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 採 用 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退 職 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  月末 職 員 数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配置基準 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１．デイサービス事業に従事する職員を除きます。

　　　２．本表は、常勤職員については、給与表の適用職員を、非常勤職員については、（　）書

　　　　で再掲してください。

　　　３．年度中途で施設を開所した場合の「年度当初職員数」欄は、施設開所年月日現在の職員

　　　　数を記入してください。

　※デイサービス事業に従事する職員 → 様式３３

２．嘱託医師の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 医師名 |  |  |  |
| 医療機関名 |  |  |  |
| 診療科目 |  |  |  |
| 手当 | 月　　　額 |  |  |  |
| 前年度総支給額（税込） |  |  |  |
| 嘱託契約の有無 |  |  |  |
| 勤務形態 |  |  |  |

様式８　職員の異動状況

１．職員の採用状況（前年度４月～監査直近）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常　勤非常勤の区分 | 職 種 | 氏　　　　名 | 性別 | 年齢 | 社会福祉事業等の前歴状況 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

２．職員の退職状況（前年度４月～監査直近）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常　勤非常勤の区分 | 職 種 | 氏　　　　名 | 性別 | 年齢 | 在職年数 | 退職年月日 | 退職理由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）常勤職員を上段に、非常勤職員を下段に一括して記載してください。

様式９　職員給与の状況　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在（監査資料作成月の初日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏　　名 | 年齢 | 勤続年月数 | 最終学歴 | 本 　　俸 | 役員及び施設長との親族関係 | 福岡市記入欄 |
| 前年度同月(級号俸)俸給月額 | 給与支払状況 | 年休申請簿 |
| 採　　用年月日 |
| 当年度監査実施月(級号俸)俸給月額 |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |

（注）１．併設するデイサービスセンター等に主として勤務する者については、別葉としてください。

　　　２．本表は監査直近の全職員（パ－トタイマ－、嘱託医も含む）の状況により記入してください。

　　　　常勤職員を上段に、非常勤職員を下段に一括して給与台帳の順に記載してください。

　　　３．「親族関係等」欄は、法人役員及び施設長等と親族関係等特別な関係にある者について

　　　　記入してください。

　　　４．福岡市記入欄は福岡市で記入しますので、記入しないでください。

様式９　職員給与の状況

　（つづき）　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在（監査資料作成月の初日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏　　　　名 | 年齢 | 勤続年月数 | 最終学歴 | 本 　　俸 | 役員及び施設長との親族関係 | 福岡市記入欄 |
| 前年度同月(級号俸)俸給月額 | 給与支払状況 | 年休申請簿 |
| 採　　用年月日 |
| 当年度監査実施月(級号俸)俸給月額 |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |
|  |  |  | ・ |  | 前年度（　- ） 　　　　　　 |  |  |  |
|  | 当年度（　- ） 　　　　　　 |  |

様式10　諸手当等の状況

１．各種手当の支給額　　　 令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 　　 分 | 支給条件・額 | 支給対象者等 | 根拠規程有無 |
| 管理職手当 | （　　　　　）の（　　）％（　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 扶養手当 | 配偶者　　　　　　　（　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 第１子　配偶者有りの場合（　　　　　　）円 配偶者無しの場合（ ）円 |  | 有 ・ 無有 ・ 無 |
| 第２子　配偶者有りの場合（　　　　　　）円 配偶者無しの場合（ ）円 |  | 有 ・ 無有 ・ 無 |
| その他　　　　　　（　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 特殊業務手当(職種ごと) | （　　　　　　　　　）の（　　　　　　）％ |  | 有 ・ 無 |
| （　　　　　　　　　）の（　　　　　　）％ |  | 有 ・ 無 |
| （　　　　　　　　　　）の（　　　　　）％ |  | 有 ・ 無 |
| 調整手当 | （　　　　　　　　　　　　　）の（　　）％ |  | 有 ・ 無 |
| 通勤手当 | 最高限度額　　　　（　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 自動車等最高額　　（　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 住居手当 | 最高限度額　　　　（　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 持家（　　　　　）円、新築（　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 時間外勤務手 当 | １時間当たり給与額の（　　　　　）／１００ |  | 有 ・ 無 |
| 休日の勤務　　　　　（　　　　　）／１００ |  | 有 ・ 無 |
| 夜勤手当 |  （　　　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 期末・勤勉手 当 | 期末手当 | ( )月 | ヶ月 | 勤勉手当 | ( 　)月 | ヶ月 |  | 有 ・ 無 |
| ( )月 | ヶ月 | ( 　)月 | ヶ月 |
| ( )月 | ヶ月 | ( 　)月 | ヶ月 |
| 計 |  | 計 |  |
| 宿直手当 |  （　　　　　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| 日直手当 |  （　　　　　　　　　　　　　）円 |  | 有 ・ 無 |
| その他の手当 |  |  | 有 ・ 無 |

２．時間外勤務手当の基礎額（ ）

３．期末・勤勉手当の基礎額（ 　　　　　　　　　 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４ | 初任給格付 | 大卒の号給 | 金　　額 | 短大卒の号給 | 金　　額 | 高卒の号給 | 金　　額 |
| 指　導　員 | ― |  | ― |  | ― |  |
| 寮（保）母 | ― |  | ― |  | ― |  |
| 備 　　考 |  |

* 特別養護老人ホーム等で、独自の給与体系を採用している場合は、この様式によらず、諸手当、

初任給格付の状況を示す他の資料を提出してください。

様式１１　職員の勤務状況

 １日の勤務形態及び業務内容

　 　　　　（職種別 　　　　 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時 間勤務形態 | 　　　時　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　０　１　２　３　４　５　６　７　８　９　10　11　12　13　14　15　16　17　18　19　20　21　22　23　24　 | 勤務時間 | 始　業時　間 | 終　業時　間 |
| 実　勤 | 休　憩 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | : | : | : | : | : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | : | : | : | : | : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | : | : | : | : | : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | : | : | : | : | : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | : | : | : | : | : |
| 日課 |  | ・引き継ぎ　　（朝）　　　時　　分　　（夕）　　　時　　分 |
| 業務内容 |  |  |

　（注）１．本表は、職種別に別葉として時間の経過ごとの業務の内容を具体的に記入してください。

　　　　　「日課」欄の起床、朝食、昼食、夕食、消灯については、入所者の時間を記入してください。 　　　　２．「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。

 ３．施設で作成している業務表があれば、その写しを添付してください。

様式１１　職員の勤務状況（記　入　例　）

 １日の勤務形態及び業務内容

　 　　　　（職種別 　　　　 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時 間勤務形態 | 　　　時　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　０　１　２　３　４　５　６　７　８　９　10　11　12　13　14　15　16　17　18　19　20　21　22　23　24　 | 勤務時間 | 始　業時　間 | 終　業時　間 |
| 実　勤 | 休　憩 | 計 |
| 早　番 |  |  |  |  |  |  | （２人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7:00 | 1:00 | 8:00 | 7:30 | 15:30 |
| 平　常 |  |  |  |  |  |  |  | （６人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7:30 | 1:00 | 8:30 | 8:30 | 17:00 |
| 遅　番 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （２人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7:00 | 1:00 | 8:00 | 11:30 | 19:30 |
| 準夜勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （２人）（１人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6:30 | 1:00 | 7:30 | 16:30 | 24:00 |
| 深夜勤 | （２人）（１人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7:30 | 1:00 | 8:00 | 0:00 | 8:30 |
| 日課 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入浴（月・水・木）クラブ（火・金）消灯・就寝(17:00)夕 食昼 食(7:30)朝 食（月・木・土）ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ起床・洗面 | ・引き継ぎ　　（朝）　　　時　　分　　（夕）　　　時　　分 |
| 業務内容 |  |  |

　（注）１．本表は、職種別に別葉として時間の経過ごとの業務の内容を具体的に記入してください。

　　　　　「日課」欄の起床、朝食、昼食、夕食、消灯については、入所者の時間を記入してください。

　　　　２．「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。

 ３．施設で作成している業務表があれば、その写しを添付してください。

様式１２　勤務の割り振り状況

 （　　　　　　　）間の勤務割（　　月分実績）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職種別　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　曜 日職 員 名 | 月日曜 | 日曜 | 日曜 | 　日曜 | 日曜 | 日曜 | 　日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日曜 | 日　　　数　　　計 | 実労働時　間合　計 | 前年の年次有給休暇の取得状況 |
|  |  |  | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | Ｆ | Ｇ | Ｈ | 保有日数 | 取得日数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日　 | 日　 | 日　 | 日　 | 日　 | 日　 | 日　 | 日　 |  時間 |  日 |  日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人数計 | Ａ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 勤務形態の符号　　　　―――（例）―――　Ａ…早　番　　（　　時　　分　～　　時　　分）　Ｂ…平　常　　（　　時　　分　～　　時　　分）　Ｃ…遅　番　　（　　時　　分　～　　時　　分）　Ｄ…準夜勤　　（　　時　　分　～　　時　　分）　Ｅ…深夜勤　　（　　時　　分　～　　時　　分）　Ｆ…夜勤明け　Ｇ…休　日　　Ｈ…年休等　 |
| Ｂ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｅ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｆ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｇ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｈ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１.変形労働時間制の場合は単位の期間(１ヵ月間、４週間等)を記入してください。変形なし又は１年単位の変形労働時間制の場合は最近の１ヵ月間を記入してください。２.本表は、介護職員・調理員等の職種別に別葉として、職員の勤務形態について別記の符号の区分の例にならって、それぞれの勤務形態がわかるように作成してください。なお、１職種で２枚以上となる場合は、１枚目「人数計」欄に合計を記入してください。

様式１３　職員の健康管理等

１．職員の定期健康診断

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施期日 | 対象人員 | 対象職種 | 検査内容 | 検査結果 | 実施機関 |
|  |  | 全 職 員 |  |  |  |
|  |  | 深 夜 業従 事 者 |  |  |  |
|  |  | そ の 他 |  |  |  |

* １回も受診していない者及び深夜業に従事する職員で２回受診していない者については、理由も

記載してください。

様式１４　施設職員の研修状況等

１．施設内研修

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 研修内容 | 講 師 | 参加職種 | 参加人員 | 期 間 |
|  |  |  |  |  |  |

２．施設外研修

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研修名 | 研修内容 | 参加職種 | 参加者氏名 | 期　間 | 場　所 | 結果の報告方法 |
|  |  |  |  |  |  |  |

３．施設職員の福利厚生施策の実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　　　　称 | 年月日 | 内　　　 　　容 | 参加人員 |
|  |  |  |  |

様式１５　建物、設備等の状況

１．不動産（土地、建物）の状況

　（１）土　　地

　　　　　自己所有

　　　　　借　　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（登記の有・無）

　　　　　　計

　（２）建　　物

　　　　　耐火構造

　　　　　簡易耐火構造

　　　　　木　　　　造

　　　　　　　計

２．設備の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 区 　　　分 | 室 数 | 床 面 積 | 区　 　　分 | 室 数 | 床 面 積 |  |
| 居室 |  |  | 調理室 |  |  |
| 静養室 |  |  | 事務室 |  |  |
| 食堂 |  |  | 宿直室 |  |  |
| 集会所 |  |  | 介護職員室 |  |  |
| 浴室 |  |  | 面接室 |  |  |
| 洗面所 |  |  | 洗濯室 |  |  |
| 便所 |  |  | 倉庫 |  |  |
| 医務室 |  |  | 霊安室 |  |  |
| 看護職員室 |  |  | 汚物処理室 |  |  |
| 機能回復訓練室 |  |  | 相談室 |  |  |
| 介護材料室 |  |  | 更衣室 |  |  |
| リネン室 |  |  | 作業場 |  |  |
| 作業室 |  |  | 娯楽室 |  |  |
| 図書室 |  |  | 講堂 |  |  |
| 理学療法室 |  |  | 室  |  |  |
| 職能判定室 |  |  |  |  |  |
| 職業訓練室 |  |  | 廊下・その他 |  |  |
| 運動療法室 |  |  | 計 |  |  |
| 作業療法室 |  |  |

３．居室の状況（ショートステイがある場合（　）書きで再掲してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 室　 数 | 床面積 | １人当たり面積 | 備　　　　　　考 |  |
| １人部屋 |  |  |  |  |
| ２人部屋 |  |  |  |  |
| ３人部屋 |  |  |  |  |
| ４人部屋 |  |  |  |  |
| ５人部屋 |  |  |  |  |
| ６人部屋以上 |  |  |  |  |
| 計 |  室 |  |  |  |

４　前年度以降に増築、改築、修繕等を行った場所及び金額を記入してください。

様式１６　施設平面図

令和　　年　　月　　日現在

（　例　）

１Ｆ（　　　　　）

施設長室

事 務 室

便

所

食　堂

機械室

調 理 室

玄関ホール

スロープ

防

火

水

槽

介護職員室

便　所

ｴﾚﾍﾞｰ

ﾀｰ

階

段

洗 濯 室

特殊浴室

霊安室

機能回復訓練室

同　左

同　左

同　左

同　左

居室６人

静養室

医務室

看護職

員室

浴　室

避難用スロープ

バ　　　ル　　　コ　　　ニ　　　ー

２Ｆ（　　　　　）

倉庫

リネン室

宿 直 室

 便所

食　堂

面 接 室

避難用スロープ

階

段

便　所

ｴﾚﾍﾞｰ

ﾀｰ

スロープ

屋　上　庭　園

バ　　　ル　　　コ　　　ニ　　　ー

居室６人

居室５人

同　左

同　左

介護職員室

 （注）１．既存のパンフレット等の平面図があれば、適宜補整のうえ提出して差し支えありません。

 　 ２．居室については、それぞれの定員数と居室面積を記入してください。

 　 ３．屋内消火栓及び消火器の位置・避難経路・避難器具の設置場所を朱書してください。　（記入例）屋内消火栓　□

 　 ４．併設施設がある場合は、その施設の平面図を位置関係がわかるようにして添付してください。

 　 ５．同一敷地内に併設以外で他の施設がある場合は、施設それぞれの位置関係がわかるような図を添付してください。

様式１７　災害事故防止対策

　１．災害事故防止に対する方針

　２．重度者への防災上の配慮

　３．地域防災組織との連携状況

　４．防災設備等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 ・ 設 備 | 消防法令による設置義務の有・無 | 整備状況 |
| 防火設備 | 避難階段 |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 避難口（非常口） | 有 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 居室・廊下・階段等の内装材料 | － | 適　　　　　　・　不適 |
| 防火扉・防火シャッター |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 消防用設備 | 屋内消火栓設備 |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 屋外消火栓設備 |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| スプリンクラー設備 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 自動火災報知設備 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 非常通報装置 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 漏電火災報知器 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 非常警報設備 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 避難器具（滑り台・救助袋） |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 誘導灯及び誘導標識 |  有・無 | 有（　　ヵ所）・　 無 |
| 防火用水 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| 非常電源設備 |  有・無 | 有　　　　　　・　 無 |
| カーテン・布製ブラインド等の防　炎　性　能 | 有 | 有　　　　　　・　 無 |

５．消防計画及び防火管理者の届出状況

　　　消防計画の届出（直近）　　　年　　月　　日

　　　防火管理者氏名：　　　　　　　　　　　（職種）

　６．各種防災訓練の実施状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　 分 | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前届出 | 消防署の立会 | 記 録 |
| 避難訓練 | （　　） | 月 | 有（　回）・　無 | 有（　回）・ 無 | 有・無 |
| 救助訓練 | （　　） |  | 有（　回）・　無 | 有（　回）・ 無 | 有・無 |
| 通報訓練 | （　　） |  | 有（　回）・　無 | 有（　回）・ 無 | 有・無 |
| 消火訓練 | （　　） |  | 有（　回）・　無 | 有（　回）・ 無 | 有・無 |

　（注）１．総合訓練として実施した場合は、上記区分に従ってそれぞれ記入してください。

　　　　２．夜間又は夜間を想定した訓練を実施した場合は、（　）書きに再掲してください。

７．緊急時連絡網等の整備状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自動転送システムの設置 | 有　・　無 | 緊急時連絡網等の整備 | 有　・　無 |  |

８．消防署の立入検査の状況（前年度）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施年月日 | 指導指示等の内容 |
|  | 〔文書〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔口頭〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 〔上記に対する改善措置〕 |

　９．防災設備の保守点検の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業者委託による点検 | 有（年　　回）・　 無 |  |
| 自　主　点　検 | 点検事項 |  | 実施者 |  |

 様式１８　入所者の利用（措置）状況

１．前年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 月初日の入所者数 | 入　所　者（左の内訳） | 新規入所者 | 退　　　　所　　　　者 | 月末の入所者数 |
| 市内 | 市外 | 入（ 再 掲 ）院 | 在宅 | 病院 | 老人保健施設 | その他 | 計 | 社会復帰 | 家庭復帰 | 入院 | 死亡 | その他 | 計 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２．当年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 月初日の入所者数 | 入　所　者（左の内訳） | 新規入所者 | 退　　　　所　　　　者 | 月末の入所者数 |
| 市内 | 市外 | 入（ 再 掲 ）院 | 在宅 | 病院 | 老人保健施設 | その他 | 計 | 社会復帰 | 家庭復帰 | 入院 | 死亡 | その他 | 計 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式１９　福祉事務所別入所状況

 　　 令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 措置（委託）福祉事務所 | 人　　　　　　　員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　市内　　　　　　　　　　 | 児 童 相 談 所 | 人 |
|  |  |
| 東　　福祉事務所 |  |
| 博多　福祉事務所 |  |
| 中央　福祉事務所 |  |
| 南　　福祉事務所 |  |
| 城南　福祉事務所 |  |
| 早良　福祉事務所 |  |
| 西　　福祉事務所 |  |
| 計 |  |
| 市外 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 |  |
| 合　　　　　　　計 |  |

 （注）本表は、今年度の４月１日現在の入所者数としてください。

様式２０　入所者の状況

１．年齢別・性別の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年４月１日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　　　　　　分 | 男 | 女 | 計 |  |
| ０歳、１歳、２歳 |  |  |  |  |  |  |  |
| ３歳以上～　６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上～１２歳未満 |  |  |  |
| １２歳以上～１５歳未満 |  |  |  |
| １５歳以上～２０歳未満 |  |  |  |
| ２０歳以上～３０歳未満 |  |  |  |
| ３０歳以上～４０歳未満 |  |  |  |
| ４０歳以上～５０歳未満 |  |  |  |
| ５０歳以上～６０歳未満 |  |  |  |
| ６０歳以上～６５歳未満 |  |  |  |
| ６５歳以上～７０歳未満 |  |  |  |
| ７０歳以上～７５歳未満 |  |  |  |
| ７５歳以上～８０歳未満 |  |  |  |
| ８０歳以上～８５歳未満 |  |  |  |
| ８５歳以上～９０歳未満 |  |  |  |
| ９０歳以上 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 平均年齢 |  |  |  |

　　（注）本表は、今年度の４月１日現在の状況を記入してください。

２．在所期間の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 区 　　分 | 男 | 女 | 計 |  |
| １年未満 | 人 | 人 | 人 |
| １年以上～３年未満 |  |  |  |
| ３年以上～５年未満 |  |  |  |
| ５年以上～10年未満 |  |  |  |
| 10年以上～15年未満 |  |  |  |
| 15年以上 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 一人当り平均在所期間 |  年　　 月 |  年　 　月 |  年 　　月 |

　　　（注）本表は、今年度の４月１日現在の状況を記入してください。

３．障がいの種類別、等級別状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年４月１日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 級　別 | 肢体不自由 | 聴覚障がい | 視覚障がい | 内部障がい | 重複障がい | 合 計 |
| 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| １　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６　級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　（注）１．知的障がいと重複する者については、（　）で再掲してください。

　　　　　２．本表は、今年度の４月１日現在の状況を記入してください。

４．知的障がいの程度状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年４月１日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １度（最重度）ＩＱ　0 ～20 | ２度（重　度）ＩＱ　21～35 | ３度（中　度）ＩＱ　36～50 | ４度（軽　度）ＩＱ　51～75 | 計 |
| 男 |  |  |  |  |  |
| 女 |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

　（注）本表は、今年度の４月１日現在の状況を記入してください。

５．日常生活状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年４月１日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　分 | 食　　　　事 | 起　　　　座 | 立ち上がり | 排　　　　泄 |
| 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（％） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　分 | 着脱衣 | 入　　　　浴 | 歩　　　　行 | ねがえり |
| 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（％） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 車椅子使用 | 整容動作 | （注）　１．監査直近時の状況により記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．日常生活状況の区分は、次の内容を　　　参考に区分してください。　　　　　　　　a.食事　　　　　　　　　　　　　　　　　・自立　　　　自分でできる。　　　　　・一部介助　　一部介助すれば食事　　　　　　　　　　ができる。　　　　　　　・全部介助　　自分で全くできない　　　　　　　　　　ので、全て介助しな　　　　　　　　　　ければならない。　　 |
| 自分で可 | 一部介助 | 全部介助 | 自立 | 一部介助 | 全部介助 |
| 実　　数（人） |  |  |  |  |  |  |
| 割　　合（％） |  |  |  |  |  |  |

 b.排泄　　　　　・自立　　　　自分で昼夜とも便所又は簡易便器を使ってできる。

 　　　　　　　　・一部介助　　介助があれば簡易便器でできる。

 　　　　　　　　・全部介助　　全て介助しなければならない。

 c.車椅子使用　　・自分で可　　自分で乗り降りができ移動のための操作もできる。

 　　　　　　　　・一部介助　　乗り降りを介助してもらい移動のための操作もできる。

 　　　　　　　　・全部介助　　全て介助してもらえば車椅子を使用できる。

 d.整容動作　　　・自　　立　　自分で容姿を整えることができる。

 　　　　　　　　・一部介助　　自助具を使えば容姿を整えることができる。

 　　　　　　　　・全部介助　　自分で全くできないので全て介助しなければならない

様式２１　個別処遇方針の策定状況

個別処遇の策定及び着眼点等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | a.施設における入所者処遇上の基本方針について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　b.入所者個別の処遇方針の策定について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ア．時期　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　イ．策定者及び決定者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ウ．策定手順・方法（関係者との協議状況等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　c.個別処遇方針の見直しについて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ア．時期　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　イ．策定者及び決定者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ウ．策定手順・方法（関係者との協議状況等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |

様式２２　おむつ外し、排泄、おむつ交換及び体位変換に関する方針及び取り組み・工夫等

１．おむつ外し、排泄、おむつ交換及び体位変換に関する方針及び取り組み・工夫等

|  |
| --- |
| a.おむつ使用者に対するおむつ外しのためのポータブル介助やトイレへの誘導策の働きかけ及　び取り組みの方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　b.排泄経過把握のための記録の整備　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　c.おむつ交換時の衝立、カーテンの活用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　d.おむつ交換時、清潔なタオルでの清拭や、皮膚の状況・床ずれの有無などの肌の異常及び、　尿・便の異常に対する観察　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e.おむつ交換時の体位変換に対する配慮　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　f.おむつ交換時の換気に対する配慮　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　g.その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

２．おむつ交換及び体位変換の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　　分 | 対象人員 | 回 数 | 随時交換 | 　 |
| 一人当たり１日平均回数 | 最　　 高 | 最 　低 |
| おむつ | 常　　時 |  人 |  回 |  回 |  回 |  回 |
| 夜間のみ |  |  |  |  |  |
| 体　位 | 褥瘡者 |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |

　（注）定時交換時以外におむつ・体位変換をしている場合のみ「随時交換」欄に回数

　　　　を記入してください。

様式２３　入浴の実施状況

１．入浴に関する方針、工夫等　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
|  | a.個々の入所者に応じた安全でくつろいだ入浴の確保についての配慮　　　　　　　　　　　b.入浴に当たっての健康状態のチェックの状況（体調の悪い者、褥瘡のある者の入浴について　は、医師、看護職員の指示を仰ぐなど）c.脱衣場の保温についての配慮d.自力で入浴可能な者に対する入浴回数を増やすなどの配慮　e.その他 |

２．実施状況

（１）入浴日に入浴できない者の取扱い

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 項　　　　　　　　　　　　　　　　目 | 実施状況 | 　 |
| ア．全身清拭 | 実施　・　未実施 |
| イ．入浴可能となった場合、次回入浴日前に　入浴させる | 実施　・　未実施 |
| ウ．次回の入浴日まで入浴させない | 実施　・　未実施 |

　（注）１．「実施状況」欄について、実施、未実施の別に○印を付してください。

　　　　２．ア、イのいずれにも該当する場合は、両方に○印を付してください。

（２）入浴日における入浴等の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実　施　日 | 曜　日 | 入浴者の状況 | 清　拭 | 計 | 入院・外泊者数 |
| 一般浴 | 特殊浴 |
| 対象者数 | 実施者数 | 対象者数 | 実施者数 |
|  ／ |  日 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  火 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  木 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  金 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  土 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  日 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  火 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  木 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  金 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  土 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  日 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  火 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  木 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  金 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ／ |  土 |  |  |  |  |  |  |  |
|  合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |

　　（注）１．監査直近３週間の状況について記入してください。

　　　　　２．「入浴者の状況」欄には各々の対象者数（入院、外泊者等を除いた当日の

　　　　　　　実人員）及び実施者数を記入してください。

様式２４　リハビリテーション等の実施状況

１．リハビリテーションに対する方針等　　　　　　　 　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

２．リハビリ種目別の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種 　　　類 | 対象総人員 | １週間当たりの実施回数 | １回当たりの平均参加人員 | 担当職員職　　名 | 職員氏名 |
| 作業療法 |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法 |  |  |  |  |  |  |
| 言語療法 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |

 （注）本表には、ＯＴ・ＰＴ等が行う専門訓練療法の外、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。

３．衛生管理の状況（前年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | シーツの交換状況 | 寝具類の消毒状況 | 　　 |
| 日光消毒 | 外部委託 |
| 週 回 | 月 回 | 月 回 |

様式２５　クラブ活動の状況

　１．クラブ活動方針等　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | クラブサークル名 | １回当たり平均参加人員 | 指導担当者 | 開催状況 | 指導者に対する謝礼の有無 |
| 男 | 女 | 計 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  月 　　　　 回 週 　　　　 | 有・無 |

　　（注）指導担当者欄は職員の場合その職名を、部外講師の場合はその旨記載してください。

２．入所者のクラブ参加回数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |

　　（注）本表は、その月の入所者数と一致させてください。

様式２６　学齢児の就学状況

１．就学の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  在 籍 人 員 |  未 就 学 人 員 |  　　小学校在籍 |  　　中学校在籍 |  　高校等在籍 |
|  計 |  内　　　　　　訳 |  計 |  内　　　　　　 訳 |  計 |  内 訳 |
|  普 通 |  特 殊 |  養 護 |  訪 問 |  普 通 |  特 殊 |  養 護 |  訪 問 |  高 校 |  そ の 他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　（注）本表は、監査直近時の状況により記入してください。

２．通学学校名

　　　ア．小学校名

　　　イ．中学校名

　　　ウ．高校等名

様式２７　入所者預り金等の状況

１　入所者預り金

（１）入所者所持金の管理　　　　　 　　　　　　　　　　（注）入所者が預り金から小遣い　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　程度の引渡を受け、自己管理　ア　入所者所持金を自己管理している者　　　　　　　　人　 　　　をしている場合は、「入所者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所持金の自己管理」には含ま　イ　入所者所持金を施設が管理している者　　　　　　　人　　　　 れません。

（２）入所者所持金を自己管理している者の保管・管理の方法及び保管場所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 保管・管理の方法 |  |
| 保管場所 |  |

（３）入所者預り金の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入所現員 | 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 |
| 最高額 | 最低額 |
|  |  | 現金保管　　　人　　　　　　　　 千円 |  千円 |  千円 |  千円 |
| 通帳保管　　　人　　　　　　　　 千円 |  千円 |  千円 |  千円 |
| 証書等保管責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名 | 印鑑保管責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名 |

（４）本人との授受方法、立会人の有無及び証憑書類の保管状況

（５）入所者預り金等の保管場所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 通 帳 |  | 印 鑑 |  |

（６）預り金現在額の連絡方法（本人または必要に応じて家族に対して）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 前年度の回数 |  |
| 具体的方法 |  |

（７）預かり金管理規程の有無 有 ・ 無 （何れかに○）

様式２８　遺留金品の処分状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡者氏名 | 実 施機関名 | 実施機関への　　被措置者状況変更届書提出年月日 | 施設での葬祭の実施状況 | 　　　　　　　　　　　　　処　　　理　　　の　　　状　　　況 | 実施機関か ら の引 渡 し指 示 書受　　理年 月 日 | 福立祉会事の務有所無の |
| 遺留金銭の総額 a | 葬祭費へ充当した額　　　 b |  残 額 a － b　　　　 c |  c　　の　　処　　理　　状　　況 |
| 遺族の依頼 | 福祉事務所長の委託 |
|  遺族に引渡 した金額  | 遺留金品を引き渡した月日 | 続　柄 | 福祉事務所に引渡した金額 | そ　の　他 |
|  |  |  |  |  |  円 |  円 |  円 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）「その他」に記入した場合は、内容を具体的に備考欄に記入してください。

様式２９　食事の提供の~~給食の~~実~~施~~状況

１．食事の提供~~給食~~に関する方針等

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　 |  |

２．栄養量等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | エネルギー（ｋcal） | たんぱく質(ｇ) | 脂　質(ｇ) | カルシウム（mg） | 鉄(ｍｇ) | ビタミンA(レチノール活性当量：RAE）（μｇ） | ビタミンB1(mg) | ビタミンB2(mg) | ビタミンC(mg) | 食物繊維（g） | 食塩相当量（g） |
| 直近１カ月の給与栄養量(１日あたりの平均) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当該施設における給与栄養量の目標 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．食事の状況

|  |
| --- |
| 　a.利用者がくつろいで食事できるような配慮及び対応 b.利用者の障がいの特性や体調等(咀嚼能力、健康状態等）に合わせた調理への配慮及び対応（窒息、誤嚥の予防対策含む） c.食事が適温で食べられるような配慮及び対応 d.利用者の身体状態に応じた食事のための自助具等の活用、介助等の対応　e.多職種による情報の共有や連携 ｆ.食育推進の取り組み |
| 嗜好調査、残滓調査の実施状況 |  | 記録の有無有 ・ 無 |
| 調査結果についての献立への配慮 |  |

 ＊添付資料：利用者に提示している献立表、栄養情報例

４．検食の実施状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 区　　分 | 検食時刻 | 検 　食　 者（職名） | 記録の有無 |
| 給食時刻 |
| 朝　　食 | 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 計 　 　人 | 　　　　　　 |
| 　　　　　 |
| 昼　　食 | 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　計　　　　人　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　　　　 |
| 夕　　食 | 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　計　　　　人　　　　　　 | 　　　　　　 |
|  |

　　※曜日等で給食時刻が異なる場合があれば下記に記載してください。

５~~６~~．給食の調理業務委託

|  |
| --- |
| 　委託なし・委託あり（委託先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　※委託ありの場合は、仕様書を添付すること

様式３０　入所者の医療管理等の状況

１　協力医療機関の状況（前年度）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　 | 医療機関名 | （公営・私営の別） | （公営・私営の別） | （公営・私営の別） |
| 診　療　科　目 |  |  |  |
| 病床数 |  床 |  床 |  床 |
| 施設からの距離 | 車で 　　　　　　 分 | 車で 　　　　　　 分 | 車で 　　　　　　 分 |
| 契約の有無 |  |  |  |
| 委託金額(年額) | 　　　　　　　　　　 千円 | 　　　　　　　　　　 千円 | 　　　　　　　　　　 千円 |
| 法人・施設との関係 |  |  |  |

　（注）１　協力医療機関が複数の場合には、それぞれ記入してください。

　　　　２　「法人・施設との関係」欄には、例えば理事長が医療法人の理事長を兼ねている場合

　　　　　　には「理事長経営の医療法人立病院」としてください。

２　施設会計における医薬品・衛生材料の購入状況（前年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　 | 区 分 | 購入金額 | 主な購入品名 |
| 医薬品 |  千円 |  |
| 衛生材料 |  千円 |  |
| 計 |  千円 |  |

３　入所者の診療状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設医務室における診療 | 他の医療機関における診療 |
| 診療総数 | 左のうち保険請求を伴う診療（医務室が保険医療機関の指定を受けている場合） | 入　　　　　　　院 | 通　　　　　　　院 |
| 実人員 | 延診療日数 | 実　人　員 | 延診療日数 | 実人員　(A) | 延入院日数（B) | 実人員 (C) | 延入院日数（D) |
| 診療科目 | 内科系疾患 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外科系疾患 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精神科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 皮膚科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 眼科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 歯科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）１．本表は、監査時直近１ヵ月間における診療状況を記入してください。

　　　　２．複合疾患等により診療科目別に記入できない場合は、「その他」欄に記入してください。

様式３１　入所者の定期健康診断等の実施状況(前年度)

１．メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）、結核、疥癬等感染症等の予防対策

　及びその実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　 | 予防対策 | 実施状況 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |

２．入所者の定期健康診断

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 期 日 | 対象人員 | 検査内容 | 検査結果 | 検査機関 |
|  |  |  |  |  |

様式３２　地域との交流状況（前年度）

１．地域交流方策

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　 |  |

２．前年度の地域交流実績

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施年月日 | 内　　　　　容 | 家 族 | 地 域住 民 | ボランティア | その他 | 計 | 備　考 |
| 入所者 |
| （例）xx.xx.xx | 　花見会 | 人１５ | 人 | 人　７ | 人 | 人２２ | 人３０ |

３．ボランティアの活用状況（前年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　 | 登録者名（グループ名） | 事業の関わり方 |
|  |  |

４．ボランティアに対する経費等負担の状況

　　（例えば、ボランティアに対し交通費等の支給があれば、記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

様式３３　　出身世帯との連携の状況（前年度）

１　面会等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 年０回 | 年１回 | 年２回～年６回 | 年７回～年11回 | 年12回以上 | 計 | 平 　均 |
|  出身世帯の 面会状況 　 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　　　 回 |
|  面会の方法 （場所等） 及び時間の 設定状況 　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　出身世帯との連携方法　　　　　　　　 | ・施設だよりの家族等への配付〔　有　（　　年度　　　回）・　無　〕　　　・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　（注）出身世帯のある者のみに限ります。

２　外泊の状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 年０回 | 年１回 | 年２回～年６回 | 年７回～年11回 | 年12回以上 | 平均外泊日数 | 　　　　　 |
| 　　　　　　 外泊の状況　　　　　　 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　 人 | 　　　　　　　　　　　　 日 |

　　（注） 1. 2.とも前年度末日において在所の者についてのみ記入してください。

３　外泊の状況（資料作成時直近の１週間分について、人数を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 |  | 火 |  | 水 |  | 木 |  | 金 |  | 土 |  | 日 |  |

様式３４　在宅福祉サービスの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　　　　　項 | 内　　　　　　　　　　　　　容 |
| 　デ 　イ 　サ 　ー 　ビ 　ス 　事 　業 　の 　状　況  |  類　　　　　型利用状況職員体制　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専任職員の勤務形態　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 標準型　　　　　痴呆型　　　　　　知的障害者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 直近月 　 １日当たり平均利用人員　　　　　　　　人／日　　（　　　月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔専任〕　　　　　　　〔兼任〕　　　　　 管理者 　人（　　　）　　　　　人（　　　） 指導員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 寮母　　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 運転手　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 看護婦　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 介助員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 調理員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） その他（　　　　　）　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 合　　　計　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　）　　　（注）（　）は非常勤職員を再掲してください。　　　　　　１．特定の個人を指定し、専ら従事させる。２．特養等との交替制勤務をしながら、デイサービス事業に勤務する日には１日中従事させる。　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　シ 　ョ 　ー 　ト 　ス 　テ 　イ 　事 　業 　の 　状　況  | 規　　　　　模専用ベットの利用率（前年度）職員体制専任職員の勤務形態 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専用ベット数　　　　　　　　　　　　　　　床　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 延べ利用日数／　専用ベット数　×　３６５日＝　利　用　率　（　　　　　）／（　　　　　　）×　３６５　＝（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔専任〕　　　　　　〔兼任〕　　　　　　 指導員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 寮母　　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 運転手　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 看護婦　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 介助員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 調理員　　　　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） その他（　　　　　）　　　人（　　　）　　　　　人（　　　） 合　　　計　　　　　　　人（　　　）　　　　　人（　　　）　　　（注）（　）は非常勤職員を再掲してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．特定の個人を指定し、専ら従事させる。　　　　　　　　　　　２．特養等との交替制勤務をしながら、ショートステイ事業に勤務する日には１日中従事させる。　　　　　　　　　　　　　　　　　３．その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |