

老人福祉施設調書

施設名

:

(ふりがな)

:

施設種別

:

定員

:

人

短期入所事業定員 :

併設型

人

施設長名

:

(〒

-

)

所在地

:

TEL/FAX

:

(

)

/

(

)

メールアドレス

:

施設認可年月日 :

平成

年

月

日

設置主体

:

社会福祉法人

経営主体

:

社会福祉法人

代表者名

:

1 建物・設備の状況について

(1)土地について記入してください。

今年度4月1日現在

☐ 自己所有地 _____ m²

☐ 借地 _____ m² (所有者 _____)

(2)建物について記入してください。

今年度4月1日現在

_____ 造 _____ 階建 延床面積 _____ m²

竣工年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

賃貸の場合: 所有者 _____

(3)設備について記入してください。

今年度4月1日現在

室 名	室数	面 積
居 室		m ²
(居室 1人当たり)		m ²
静 養 室		m ²
食 堂		m ²
浴 室		m ²
洗面所(洗面設備)		m ²
便 所		m ²
医 務 室		m ²
調理室(炊事)		m ²
介護職員室		m ²
看護職員室		m ²

室 名	室数	面 積
機能訓練室		m ²
面 接 室		m ²
洗濯室又は洗濯場		m ²
汚物処理室		m ²
介護材料室		m ²
事 務 室		m ²
共同生活室		m ²
集 会 室		m ²
宿 直 室		m ²
倉 庫		m ²
廊下、階段、その他計	—	m ²
計	延	0.00 m ²

※ 軽費老人ホーム(A型): 機能訓練室、汚物処理室、介護職員室、看護職員室は設置の義務なし

※ 軽費老人ホーム(ケアハウス): 静養室、医務室、機能訓練室、汚物処理室、介護職員室、看護職員室は設置の義務なし

(4)医療法上に規定する設備について記入してください。

今年度4月1日現在

①医療法上の許可を得ている設備があれば、その設備について記入してください

設備名(室名)	許 可 年 月 日	許 可 番 号
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 号

②保険医療機関の指定を取っている設備があれば、その設備について記入してください。

設備名(室名)	許 可 年 月 日
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(5)施設の変更について記入してください。

前年度

①建物の増改築について記入してください。

☐ 有 ☐ 無
 用途: _____
 変更のあった面積: _____ m²

②建物の用途変更について記入してください。

☐ 有 ☐ 無
 変更箇所: (_____)

(1)月別利用者数について記入してください。

[illegible]

(2) 年齢別・男女別入所者数について記入してください。

區 分	65歲未満	65歲以上	合 計	平均年齡
男			0	歲
女			0	歲
合 計	0	0	0	歲

今年度4月1日現在

区 分	1年未満	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	平均在所期間
男(人)							年
女(人)							年
合計(人)	0	0	0	0	0	0	年

前年度(単位:人)

区 分	帰宅	他施設に入所	病院に入院	死亡	その他	合計
退所者数						0

前年度(単位:人)

区 分	延利用者数(A)	年歴日数(B)	平均利用者数(A／B)
施 設			#DIV/0!
短期入所			#DIV/0!

今年度4月1日時点(単位:人)

[illegible]

3 / 28 ページ

(7)入所者の介護認定基準ごとの人数を記入してください。 今年度4月1日現在(単位:人)

区 分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
入所者数								0

3 職員の状況について

(1) 職員の職種、人数等配置状況について記入してください。(短期入所含む)

今年度4月1日現在 (単位: 人)

職名・職種	配置基準		現 員							常勤 換算
	常勤換算	うち常勤	常 勤			非 常 勤				
			有資格者	無資格者	計	有資格者	無資格者	計		
施設長 (管理者)					0			0		
事務員					0			0		
主任生活相談員					0			0		
生活相談員					0			0		
主任生活介護職員					0			0		
介護職員					0			0		
支援員					0			0		
看護職員					0			0		
介護支援専門員					0			0		
機能訓練指導員					0			0		
管理栄養士					0			0		
栄養士					0			0		
調理員					0			0		
医師					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
					0			0		
合 計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 職種については必要に応じて書き換えること。

※ 派遣職員については、契約条件により常勤又は非常勤に含めて記入すること。

今年度4月1日現在

☐ 有 ☐ 無
☐ 前歴 前 歴: _____
☐ 社会福祉施設長資格認定講習
 修了年月日: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
☐ その他 (_____)

☐ 有 ☐ 無
兼務業務内容

今年度4月1日現在

[illegible]

6 / 28 ページ

(4)労働基準法順守状況及び各種協定・許可状況について記入してください。

今年度4月1日現在

①現行の労働時間

時間/日	時間/週
------	------

②労働基準法第24条関係

賃金控除協定	☐ 有 ☐ 無	協定成立年月日	平成 年 月 日
協定書内除外項目			
実際の除外項目			

③労働基準法第36条関係

時間外労働・休日労働協定書				☐ 有		☐ 無			
協定成立年月日	平成	年	月	日	届出年月日	平成	年	月	日
有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日

④労働基準法第41条関係

断続的な宿日直の許可	☐ 有 ☐ 無	許可年月日	平成 年 月 日
監視・断続労働の許可	☐ 有 ☐ 無	許可年月日	平成 年 月 日
宿日直業務委託	☐ 有 ☐ 無	契約年月日	平成 年 月 日

※職員が通常業務以外に宿日直を行う場合:断続的な宿日直の許可

※宿直専門員を雇用し、その職員が宿日直を行う場合(委託を除く):監視・断続労働の許可

⑤労働基準法第32条関係

1箇月単位の変形労働時間制の実施	☐ 有 ☐ 無
	☐ 就業規則に明記 ☐ 協定締結 (協定書届出日 平成 年 月 日)
1年間の変形労働時間制の実施	☐ 有 ☐ 無
	☐ 協定書締結 ☐ 協定書未締結 (協定書締結日 平成 年 月 日) (協定書届出日 平成 年 月 日)

(5)施設が行う福利厚生について記入してください。

今年度4月1日現在

①各種保険等

種類	加入状況
雇用保険	☐ 加入 ☐ 未加入
労働災害補償保険	☐ 加入 ☐ 未加入
健康保険	☐ 加入 ☐ 未加入
厚生年金	☐ 加入 ☐ 未加入
福利厚生センター	☐ 加入 ☐ 未加入

②退職手当等

種類	加入状況
大阪民間共済	☐ 加入 ☐ 未加入
全国共済	☐ 加入 ☐ 未加入
法人独自の退職手当制度	☐ 有 ☐ 無 (規程 ☐ 有 ☐ 無)
その他	()

(6)健康診断受診状況について記入してください。

前年度

健康診断種別	対象人数	受診人数	実施月	実施機関
採用時健康診断			月	【 】
			月	【 】
			月	【 】
			月	【 】
			月	【 】
定期健康診断	第1回目		月	【 】
	第2回目		月	【 】
その他検診 ()			月	【 】
()			月	【 】
()			月	【 】
()			月	【 】
()			月	【 】

①勤務状況について

前年度採用者数 人 前年度退職者数 人 平均勤続年数 年

[illegible]

※ 非常勤契約、派遣職員を締結している職員は記入しないこと

(8)-1非常勤職員について記入してください。

①勤務状況について

今年度4月1日現在（単位：人）

前年度採用者数 _____人 前年度退職者数 _____人 平均勤続年数 _____年

②勤務する非常勤職員の雇用状況(氏名、保有資格、採用年月日、給与等)について

職 種	氏 名	保有する資格名	雇 用 期 間	(年額・月額 日給・時給) 賃金単価(円)	労働 条件の 明示
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無

※ 今年度4月1日時点で在籍している非常勤職員全てを記入してください。

※ 職種の欄には、主任生活相談員、介護職員、介護支援専門員、看護師、管理栄養士等略さずに記入してください。

※ 資格名の欄には、勤務する職種に対応する資格を上段、それ以外の資格を下段に記入してください。

※ 常勤的非常勤雇用職員についても記入してください。

※ 当該施設の非常勤職員のみ記入すること(同一施設内で行う他の事業の職員は記入しない)。

(8)-2派遣職員について記入してください。

①勤務する派遣職員の雇用状況(氏名、保有資格、採用年月日、給与等)について

今年度4月1日現在（単位：人）

職 種	氏 名	保有する資格名	雇 用 期 間	(年額・月額 日給・時給) 賃金単価(円)	労働 条件の 明示
常勤・非常勤			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
☐ 常勤 ☐ 非常勤			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
☐ 常勤 ☐ 非常勤			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
☐ 常勤 ☐ 非常勤			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無
☐ 常勤 ☐ 非常勤			自 平成 _____年 _____月 _____日	(_____)	☐ 有
☐ 常勤 ☐ 非常勤			至 平成 _____年 _____月 _____日		☐ 無

※ 今年度4月1日時点で在籍している派遣職員全てを記入してください。

※ 職種の欄には、主任生活相談員、介護職員、介護支援専門員、看護師、管理栄養士等略さずに記入してください。

※ 常勤・非常勤の欄には、3(1)で計上した常勤又は非常勤の区分について該当するものを選択してください。

※ 資格名の欄には、勤務する職種に対応する資格を上段、それ以外の資格を下段に記入してください。

※ 当該施設の派遣職員のみ記入してください。(同一施設内で行う他の事業の職員は記入しない)。

4 職員会議・職員研修等の状況について

(1) 各種職員会議・委員会等実施状況を記入してください。

会議・委員会の名称	参加職員の職種	前年度	
		開催回数 参加人数	記録 有無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 有 ☐ 無

※個別支援計画作成会議、事故発生、人権(身体拘束、虐待防止等)、感染症の委員会は必ず記入してください。

※開催回数は年間の延べ回数を記入してください。

(2) 各種職員研修の実施状況について記入してください。

研修の名称 研修の内容	参加職員の職種	開催回数 参加人数	前年度	
			実施主体	記録 有無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無
		回 人	☐ 施設内実施 ☐ 施設外実施	☐ 有 ☐ 無

※事故発生、人権(身体拘束、虐待防止等)、感染症、業務継続計画の研修は必ず記入してください。

※開催回数は年間の延べ回数を記入してください。

5 入所者の処遇状況について

(1) 処遇方針・処遇計画等の策定等について記入してください。

今年度4月1日現在

【共通】

①運営(管理)規程

☐ 有 ☐ 無

②支援基本方針

☐ 有 ☐ 無

課題別、特色等、方針内容を記入してください。

[

]

③施設サービス計画

☐ 有 ☐ 無

☐ 第1表 ☐ 第2表 ☐ 第3表 ☐ 第4表

④行事計画

☐ 有 (☐ 年間計画 ☐ 月間計画 ☐ その他) ☐ 無

⑤各種マニュアル

☐ 有 ☐ 無 ※作成しているマニュアルについて記入してください。

①
②
③
④
⑤

⑥
⑦
⑧
⑨
⑩

【特養】

⑥ケアプラン

☐ 有 (策定期限:) ☐ 無

【養護・軽費(A型・ケアハウス)】

⑦ADL調査

☐ 有 (回/年 実施方法:) ☐ 無

⑧認知症調査

☐ 有 (回/年 実施方法:) ☐ 無

【養護】

⑨処遇計画

☐ 有 ☐ 無

[

]

(2) 平均的な日課について記入してください。

今年度4月1日現在

時間	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
日課																			

(3)入浴の状況について記入してください。

前年度

①一般浴槽による入浴の状況について

☐ 有	☐ 無	※ある場合は下記項目に入力を行うこと	
・対象人数	人	・1人当たりの入浴回数	回/週
・入浴日1日あたりの人数	人/日		

②リフト浴による入浴の状況について

☐ 有	☐ 無	※ある場合は下記項目に入力を行うこと	
・対象人数	人	・1人当たりの入浴回数	回/週
・入浴日1日あたりの人数	人/日		

③特別浴槽による入浴の状況について

☐ 有	☐ 無	※ある場合は下記項目に入力を行うこと	
・対象人数	人	・1人当たりの入浴回数	回/週
・入浴日1日あたりの人数	人/日		

④定期的な清拭の状況について

☐ 有	☐ 無	※ある場合は下記項目について入力してください。	
・対象人数	人	・1人当たりの清拭回数	回/週
・清拭日1日あたりの人数	人/日		

⑤入浴に際してのプライバシーへの配慮はされているか

☐ 有	☐ 無
具体例:	

(4)おむつ交換の状況について記入してください。

前年度

①日中時のおむつ交換(5時～22時)

☐ 有	(対象人数: 人)	☐ 無
【随時交換】		
交換平均回数:	回/日	
最高交換回数:	回/日	最低交換回数: 回/日
【定期交換】		
交換平均回数:	回/日	
交換時刻:	時 分、	時 分、
	時 分、	時 分、
	時 分、	時 分、

②夜間時のおむつ交換(22時～5時)

☐ 有	(対象人数: 人)	☐ 無
【随時交換】		
交換平均回数:	回/日	
最高交換回数:	回/日	最低交換回数: 回/日
【定期交換】		
交換平均回数:	回/日	
交換時刻:	時 分、	時 分、
	時 分、	時 分、
	時 分、	時 分、

③おむつ交換に際してのプライバシーへの配慮

☐ 有	☐ 無
具体例:	

(5)シーツ等の状況について記入してください。

前年度

①シーツ等リネン交換を行っているか

☐ 有	回/4週	☐ 無
----------------------------	------	----------------------------

(6)リハビリテーションの状況について記入してください。(該当施設のみ)

前年度

リハビリテーションを行っているか

☐ 行っている	☐ 行っていない	※行っている場合は下記項目について入力してください。
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------

リハビリの種類	対象人数	1週間あたりの実施回数	1回あたりの平均参加人数	担当職種

(7)健康診断について記入してください。

前年度

①健康診断を行っているか

健康診断種別		対象人数	受診人数	実施日			実施機関
定期健康診断	第1回目			平成	年	月 日	【 】
	第2回目			平成	年	月 日	【 】
その他検診 () () () () ()				平成	年	月 日	【 】
				平成	年	月 日	【 】
				平成	年	月 日	【 】
				平成	年	月 日	【 】
				平成	年	月 日	【 】

②協力医療機関と契約等締結しているか

☐ している(機関名:)	☐ していない
(機関名:)	
(機関名:)	

③協力歯科機関と契約等締結しているか

☐ している(機関名:)	☐ していない
--------------------------------------	--------------------------------

(8)家族等との面会、外泊等の状況について記入してください。

前年度

面会の状況	回/月	※1人あたりの平均面会回数
外泊の状況	回/月	※1人あたりの平均外泊回数
連携方法	・施設だよりの発行	☐ 行っている (回/年) ☐ 行っていない
	・施設だよりの家族等への配布	☐ 行っている (回/年) ☐ 行っていない
	・家族等との連絡が途絶えがちなケースへの対処方針について記入してください。 ()	

(9)日常生活の状況について記入してください。

今年度4月1日現在

区 分			実 数(人)	区 分			実 数(人)			
排泄	昼間	便	自己で可能	夜間	便	自己で可能				
			一部介助			一部介助				
			全部介助			全部介助				
	おむつ使用	ポータブル	自己で可能		ポータブル	自己で可能				
			一部介助			一部介助				
			全部介助			全部介助				
入浴	おむつ使用			おむつ使用						
	自己で可能									
	一部介助									
全部介助										
じょうそう者数										

(10)行っているクラブ活動について記入してください。

前年度

クラブ活動を行っているか ☐ 行っている ☐ 行っていない ※行っている場合は下記項目について入力してください。

クラブサークル名	開催回数	謝礼の有無	指導者
	回	☐ 有 ☐ 無	
	回	☐ 有 ☐ 無	
	回	☐ 有 ☐ 無	
	回	☐ 有 ☐ 無	
	回	☐ 有 ☐ 無	
	回	☐ 有 ☐ 無	

※開催回数は年間の延べ回数を記入してください。

前年度

地域との交流は行っているか		☐ 行っている ☐ 行っていない ※行っている場合は下記項目について入力してください。	
交 流 内 容		実 施 状 況	
実習生の受け入れは行っているか	☐ 行っている	(受入数: 人/年)	☐ 行っていない
ボランティアの受け入れは行っているか	☐ 行っている	(受入数: 人/年)	☐ 行っていない
見学者の受け入れは行っているか	☐ 行っている	(受入数: 人/年)	☐ 行っていない
研修会・講習会の開催、受け入れは行っているか	☐ 行っている	(開催数: 回/年、受入数: 人/年)	
	☐ 行っていない		
その他の取り組みを行っているか	☐ 行っている ☐ 行っていない ※行っている場合は、その取り組み例を具体的に記入してください。		
	()		

今年度4月1日現在

☐ 設置している		☐ 設置していない	
設置している場合	苦情解決責任者	役職:	
		氏名:	
設置していない場合	設置予定年月	平成	年 月

今年度4月1日現在

☐ 設置している ☐ 設置していない			
設置している場合	苦情受付担当者	役職: 氏名:	
設置していない場合	設置予定年月	平成	年 月

③第三者委員を設置しているか

今年度4月1日現在

☐ 設置している		☐ 設置していない	
設置している場合	役職:		
	氏名:		
	役職:		
	氏名:		
	役職:		
	氏名:		
設置していない場合	理由:		
	設置予定年月	平成	年 月

④苦情受付担当者等からの第三者委員への報告は行っているか

前年度

☐ 行っている:	件/年	☐ 行っていない
---------------------------------	-----	---------------------------------

⑤利用者等からの第三者委員へ直接苦情の申し出がされているか

前年度

☐ されている:	件/年	☐ されていない
---------------------------------	-----	---------------------------------

⑥施設・第三者委員へ寄せられた苦情は公表しているか

前年度

☐ 行っている	(公表方法:	)
☐ 行っていない		

(13)福祉サービス第三者評価について記入してください。

今年度4月1日現在

大阪府福祉サービス第三者評価を受審しているか

☐ 受審している	☐ 受審していない
第三者評価機関名: _____	
評価決定年月日: 平成 年 月 日	
☐ 公表している	☐ 公表していない
結果の公表方法: _____	
公表期間: 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	

6 入所者の預り金等の状況について記入してください。

前年度

(1) 預り金管理規程は制定されているか

☐ 有 (制定年月日: 平成 年 月 日)

☐ 無

入所者数	人	個人	最高額	円
預り金受入人数(A)	人	個人	最低額	円
預り金総額(B)	円	通帳等保管責任者		
1人当たりの預り金額(B/A)	円	印鑑保管責任者		
本人との授受方法	複数立会、サインの有無等具体的に記入する事		通帳等保管場所: _____ 印鑑保管場所: _____ 入所者負担額: _____ 円	
	①入出金時の対応			
	②受渡時の対応			
	管理の方法			
主己入 びな負所 金品担者 額目すが 及る自				

(2) 年金等非受給者への支給金の支給状況について記入してください。

前年度

年金非受給者がいるか

☐ 有	☐ 無	※非受給者がいる場合下記の項目について記入してください
☐ 支給金がある	☐ 支給金がない	
・市等から支給される1人あたりの支給月額:		円
・施設独自で支給する1人あたりの支給月額:		円

※市等から毎月定期的に支給される金額を記入してください。

※施設独自で支給している場合はその金額を記入してください。

7 遺留金品処分の状況について

遺留金品の処分の状況について記入してください。

前年度

死亡者氏名	死亡年月日	遺留金品		遺族へ引渡し		遺族への引渡し以外の対応	
		遺留金銭(円)	物品	引渡し年月日	続柄	年月日	対応内容 (例:寄附等)
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日		年 月 日	

8 感染症対策

(1) 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備

今年度4月1日現在

☐ 有 策定年月日：平成 年 月 日 ☐ 無

(2) 感染症予防及びまん延の防止のためのマニュアルの作成

今年度4月1日現在

☐ 有 策定年月日：平成 年 月 日 ☐ 無

(3) 感染対策委員会の開催

前年度

☐ 有 ☐ 無

※有の場合、別掲「4 職員会議・職員研修等の状況について」の(1)に実施状況を記載。

(4) 感染症予防及びまん延の防止のための研修

前年度

☐ 有 ☐ 無

※有の場合、別掲「4 職員会議・職員研修等の状況について」の(2)に実施状況を記載。

(5) 訓練(シミュレーション)に関する実施予定の有無

☐ 有 ☐ 無

有の場合、予定月に○を記入してください。

今年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施予定												

(6) 担当者の職・氏名

役職：	
氏名：	

9 事故発生の防止

(1)事故発生防止のための指針の整備

今年度4月1日現在

☐ 有	策定年月日:	平成	年	月	日	☐ 無
----------------------------	--------	----	---	---	---	----------------------------

(2)担当者の設置

役職:	氏名:
-----	-----

10 高齢者虐待防止

(1)虐待防止のための指針の整備

今年度4月1日現在

☐ 有	策定年月日:	平成	年	月	日	☐ 無
----------------------------	--------	----	---	---	---	----------------------------

(2)担当者の設置

役職:	氏名:
-----	-----

11 災害事故防止対策について記入してください。

今年度4月1日現在

(1) 防火管理者は選任されているか

☐ 有	☐ 無
職種:	氏名:

(2) 防火管理者の届出は行われているか

☐ 有	☐ 無
届出日: 平成 年 月 日	

(3) 消防計画は策定されているか

☐ 有	策定年月日: 平成 年 月 日	☐ 無
----------------------------	-----------------	----------------------------

(4) 消防計画の届出は行われているか

☐ 有	☐ 無
直近の届出日: 平成 年 月 日	

(5) 防災・避難設備は整備されているか

設 備	設備状況	設 備	設備状況
屋外避難階段	☐ 有 ☐ 無	自動火災警報器	☐ 有 ☐ 無
避難口(非常口)	☐ 有 ☐ 無	漏電火災報知器	☐ 有 ☐ 無
防火戸・防火シャッター	☐ 有 ☐ 無	誘導警報設備	☐ 有 ☐ 無
避難用すべり台	☐ 有 ☐ 無	誘導灯及び誘導標識	☐ 有 ☐ 無
屋内消火栓	☐ 有 ☐ 無	非常電源設備	☐ 有 ☐ 無
屋外消火栓	☐ 有 ☐ 無	排煙設備	☐ 有 ☐ 無
スプリンクラー	☐ 有 ☐ 無	消火器	☐ 有 ☐ 無
防火用水	☐ 有 ☐ 無	カーテン・じゅうたん等の防災処理	☐ 有 ☐ 無

(6) 消防用設備等点検を行っているか(前年度)

☐ 行っている	☐ 行っていない
点検日: 平成 年 月 日	点検日: 平成 年 月 日

(7) 消防用設備等点検報告は所轄消防署へ行われているか(前年度)

☐ 行っている	☐ 行っていない
報告日: 平成 年 月 日	

(8) 避難・消火等訓練の状況について、該当欄に実施した日付を記入してください。

前年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	記録有無
総合訓練(夜間)													☐ 有 ☐ 無
避難訓練(夜間)													☐ 有 ☐ 無
救出訓練(夜間)													☐ 有 ☐ 無
消火訓練(夜間)													☐ 有 ☐ 無
消防署立会(夜間)													☐ 有 ☐ 無
その他()													☐ 有 ☐ 無

※下段の夜間は、夜間想定実施の際も含む

※R3.4.1～訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう地域住民との連携に努めなければならない。

(9) 消防署の立入等検査の状況について記入してください。(前年度)

☐ 有 ☐ 無

立入検査等年月日	指 導 ・ 指 示 内 容	指導事項に対する改善状況
平成 年 月 日		

12 診療所の状況について記入してください。

今年度4月1日現在

診療所は設置されているか

☐ 有 ☐ 無

名 称:									
診療所の対象者:		☐ 入所者 ☐ 職員 ☐ 地域住民等施設部外者							
診療科目:									
診療時間:		診療時間	月	火	水	木	金	土	日
:	~	:							
:	~	:							
:	~	:							

(1) 運営状況

今年度4月1日現在

☐ 直営	☐ 委託
↓ 業務委託の場合、以下にも記入してください。	
業者名	
所在地	
委託内容	☐ 献立作成 ☐ 発注 ☐ 食材購入 ☐ 調理 ☐ 盛付 ☐ 配膳 ☐ 食器洗淨 ☐ その他（ ）
最新委託契約日	平成 年 月 日
業者への指導担当施設職員	職名

今年度4月1日現在

☐ 施設内調理 ☐ 施設外調理(外部搬入) ☐ 施設内調理・外部搬入を組合せている ↓ 施設外調理・組合せの場合、以下にも記入してください。	
調理方法	☐ クックチル ☐ クックフリーズ ☐ 真空調理 ☐ クックサーブ
搬入元	施設・業者名() 所在地()

今年度4月1日現在

併用施設名	
-------	--

前年度

	朝食	昼食	夕食	計	間食	備考
入所者				0		
ショート				0		
ディサービス				0		
職員				0		
他()				0		
合計	0	0	0	0	0	

前年度

☐ 未実施
 ☐ 実施
 ↓ 実施の場合は1食当りの負担額を記入してください。

1食あたり 負担額	朝食	昼食	夕食	間食	備考
	円	円	円	円	

前年度

年間の給食材料費	利用者	円	職員等	円
----------	-----	---	-----	---

前年度実績一人1日平均(税抜金額)

		朝食	昼食	夕食	間食	合計
利用者		円	円	円	円	0 円
職員		円	円	円	円	0 円
その他	()	円	円	円	円	0 円
	()	円	円	円	円	0 円
	()	円	円	円	円	0 円

⑤ 下表に納入業者等を記入してください。

前年度

品目	業者名	所在地(市・町・村)
パン		
米		
魚介類		
獣鳥肉類		
牛乳		
乳製品		
大豆製品		
野菜類		
果物類		
調味料類		
冷凍食品		
乾物類		
菓子類		
その他		

⑥ 発注業務等担当者

前年度

発注業務 職・氏名		納品書検査 職・氏名	
材料納品検査 職・氏名		請求書検査 職・氏名	

(3) 食事の提供状況について

① 配膳及び食事時間について

今年度4月1日現在

	食事開始時刻			配膳時刻		
朝食	午前	時	分	午前	時	分
昼食	午前	時	分	午前	時	分
間食	午前	時	分	午前	時	分
夕食	午後	時	分	午後	時	分

② 入所者の身体状況(咀嚼能力、年齢、健康状態等)に合わせた調理への配慮及び対応について

記入してください。

今年度4月1日現在

--

③ 個人対応提供食(嚥下困難食・アレルギー除去食)について記入してください。

今年度4月1日現在

種類	内容	人数	状況

④ 嗜好調査についてはどのような方法で実施されていますか。具体的に記入してください。

前年度

実施回数	☐ 年()回	☐ その他()
調査結果のまとめ	☐ 有	☐ 無
調査結果はどのように活用していますか		

⑤ 残食調査についてはどのような方法で実施されていますか。具体的に記入してください。

前年度

実施回数	毎日 回 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕)
調査結果のまとめ	☐ 有 ☐ 無
調査結果はどのように活用していますか	

⑥ 下表に、今年度4月分の摂取状況等を記入してください。

栄養目標量算定者	職名
----------	----

【栄養量】

栄養素	給与栄養 目標量	給与 栄養量
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(μ gRAE)※		
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)		

※レチノール活性当量

【エネルギー産生栄養素バランス(%エネルギー)】

たんぱく質	#DIV/0!
脂質	#DIV/0!
炭水化物	#DIV/0!

食品群	目標量 (g)	給与量 (g)
穀類	米	
	パン類	
	めん類	
	その他の穀類	
いも及び でん粉類	いも	
	いも加工品	
砂糖及び甘味類		
豆類	大豆製品	
	大豆・その他の豆類	
種実類		
野菜類	緑黄色野菜	
	その他の野菜	
	野菜漬物	
果実類	果実	
	果実加工品	
きのこ類		
藻類		
魚介類	魚介類(生)	
	干物・塩蔵・缶詰	
	練製品	
肉類	肉類(生)	
	肉加工品	
卵類		
乳類	牛乳	
	乳製品	
油脂類	植物性	
	動物性	
調味料	食塩	
	しょうゆ	
	みそ	
	その他の調味料	
調理済み流通食品類		
()		
合 計		0 0

(4) 衛生管理の状況

① 検食の実施状況について

検食の実施状況について記入してください。

今年度4月1日現在

	検食時刻	検食者の職種	1回あたり検食者数	記録の有無
朝食	時 分		人	☐ 有 ☐ 無
昼食	時 分		人	☐ 有 ☐ 無
夕食	時 分		人	☐ 有 ☐ 無
間食	時 分		人	☐ 有 ☐ 無
他()	時 分		人	☐ 有 ☐ 無

② 検査用保存食について、原材料と調理済食品の保存を行っていますか。

今年度4月1日現在

☐ 行っていない	☐ 原材料と調理済食品	☐ 原材料のみ	☐ 調理済食品のみ
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

↓ 行っている場合、以下にも記入してください。

保存日数	日間	保存量	g	保存温度	—	℃
------	----	-----	---	------	---	---

③検便について、記入してください。

前年度

検査実施機関名称		所在地	
対象者	☐ 調理従事者 ☐ 栄養士・管理栄養士 ☐ 介護職員 ☐ その他()		
検査項目	☐ 赤痢 ☐ 腸管出血性大腸菌(☐ O157 ☐ O26 ☐ O111) ☐ サルモネラ ☐ その他()		
実施状況	☐ 月1回 ☐ 月1回(月 ~ 月は月2回) ☐ 月2回 ☐ その他()		

	対象人員	受診人員	実施日		対象人員	受診人員	実施日
4月			日 日	10月			日 日
5月			日 日	11月			日 日
6月			日 日	12月			日 日
7月			日 日	1月			日 日
8月			日 日	2月			日 日
9月			日 日	3月			日 日

前年度調理従事者(委託職員含)の新規採用	☐ 無 ☐ 有 () 名
----------------------	---

↓ 有りの場合、以下にも記入してください。

	調理業務従事初日	初回検便結果報告日		調理業務従事初日	初回検便結果報告日
1人目	月 日	月 日	4人目	月 日	月 日
2人目	月 日	月 日	5人目	月 日	月 日
3人目	月 日	月 日	6人目	月 日	月 日

※新規採用者が7名以上の場合は、直近採用の方から6名分記入してください。

④ 調理従事者の衛生点検(健康状態等自主点検)を毎日行っていますか。

今年度4月1日現在

☐ 行なっていない	☐ 行なっている
----------------------------------	---------------------------------

↓ 行っている場合、下記にも記入してください。

点検記録	☐ 有 ☐ 無
------	---

⑤ 調理室・調理担当者の専用手洗い等の状況について、記入してください。

今年度4月1日現在

調理室手洗い専用シンク	☐ 有 ☐ 無	爪ブラシ	☐ 有 ☐ 無
調理担当者専用トイレ	☐ 有 ☐ 無	トイレ内手洗い	☐ 有 ☐ 無

⑥ 食材料の納品結果の記録について

今年度4月1日現在

☐ 無	☐ 有
----------------------------	----------------------------

↓ 有の場合、以下にも記入してください。

記録内容	☐ 鮮度 ☐ 包装 ☐ 品温 ☐ 異物 ☐ 消費期限 ☐ その他()
------	---

(5) 施設全般の衛生管理状況

①給水設備(調理業務に使用する水)の状況について、記入してください。

今年度4月1日現在

☐ 水道直圧式 ☐ 井戸 ☐ その他()	☐ 受水槽方式
--	--------------------------------

↓ 受水槽の場合、以下にも記入してください。

受水槽清掃(直近)	平成 年 月 日
-----------	----------

14 ハラスメント対策
方針の明確化等必要な措置

今年度4月1日現在

☐ 有	☐ 無
----------------------------	----------------------------

15 業務継続計画

今年度4月1日現在

(1) 業務継続計画の策定

【感染症編】

☐ 有	策定年月日：平成 年 月 日	☐ 無
☐ 有	策定年月日：平成 年 月 日	☐ 無

【自然災害編】

(2) 訓練(シミュレーション)に関する実施予定の有無

☐ 有	☐ 無
----------------------------	----------------------------

有の場合、予定月に○を記入してください。

今年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施予定												

(3) 研修に関する実施予定の有無

☐ 有	☐ 無
----------------------------	----------------------------

有の場合、予定月に○を記入してください。

今年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施予定												

(4) 担当者の職・氏名

【感染症編】

役職：
氏名：

【自然災害編】

役職：
氏名：