

訪問介護 運営指導 状況報告書

事業者名(法人名) : _____

事業者(法人)代表者職・氏名 : _____

事業所名 : _____

担当者職・氏名 : _____ (連絡先 Tel _____)

指導年月日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (添付資料)
- ① 自己点検表
 - ② パンフレット等事業所の概要がわかるもの
 - ③ 運営規程(最新のもの)
 - ④ サービス契約書、重要事項説明書
 - ⑤ 組織図 (職・氏名が入っているもの)
 - ⑥ 平面図 (上記②に平面図が含まれている場合は省略可)

状況報告書(訪問介護)の構成

シート名	構成内容	シート名	構成内容	
表紙	事業所名 状況報告書(訪問介護)の構成	p11	ウ 身体的拘束等実施事例 エ 身体的拘束等解除事例	
p1	1 利用者の状況 (1) 前年度利用者実績調べ (2) 要介護度別実利用者数 (3) 利用者の生活様態 (4) 保険外サービス(自費サービス)の利用者	p12	(3) 事故発生時・緊急時の対応 ア 緊急時及び事故発生時に対する対策 イ 主な事故事例	
	p2	(5) サービス提供状況	p13	ウ 事故等の発生状況
	p3	(6) 行動障害のある利用者		p14
p4	2 職員等の状況 (1) 職員の状況	p15	(5) 職員の秘密保持対策	
p5	(2) サービス提供責任者数	p16	(6) 苦情対応 ア 苦情解決の仕組み イ 苦情解決の仕組みの周知方法 ウ 苦情の考え方 エ 苦情の概況 オ 職員への苦情対応の周知方法 カ 苦情解決結果の公表方法	
p6	(3) サービスの質の評価の取組			
p7	(4) 研修の機会の確保			
p8	3 利用者に対する処遇方針及び取組状況 (1) 身体的拘束等の適正化に関する取組			
p9	(2) 身体的拘束等の実施状況 ア 身体的拘束等の状況	p17	(7) 高齢者虐待防止に関する取組状況	
	p10	イ 身体的拘束等の実施状況	p18	(8) 介護保険法に基づく前回指導監査(書面含む)の指摘事項の改善状況

※資料内で頻出する【運営指導実施月の前々月から過去1年分】とは、運営指導が令和6年7月に行われる場合、令和5年6月から令和6年5月までのことを指します。

1 利用者の状況

(1) 前年度利用者実績調べ

	要介護 実利用者数 ア	訪問型サービス (第1号訪問事業) 実利用者数 イ	合計 ウ(=ア+イ)	前年度平均実利用者数 エ(=ウ÷12月) (小数点第2位以下切り上げ)
令和5年 4月			0	/
令和5年 5月			0	
令和5年 6月			0	
令和5年 7月			0	
令和5年 8月			0	
令和5年 9月			0	
令和5年 10月			0	
令和5年 11月			0	
令和5年 12月			0	
令和6年 1月			0	
令和6年 2月			0	
令和6年 3月			0	
合計	0	0	0	

※実際に介護報酬請求を行っている利用者をカウントすること。

※イについては、第一号訪問事業(旧介護予防相当)と一体的に事業を実施している場合のみ記載すること

(3) 利用者の生活様態

【運営指導月の前々月の状況】 (年 月)

	実利用者数
独居または日中独居	
(ア) 事業所と同一の敷地内若しくは事業所と同一の建物内若しくは又は隣接する敷地内に居住する利用者	
(イ) (ア) 以外で同一の建物等(集合住宅)に居住する利用者	
(ウ) (ア) の内、事業所と同一の建物内等に居住する利用者	

※前記(2)の利用者について記入すること。

※「(ア) 以外の同一建物等(集合住宅等)」には、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のほか、アパート・マンション等を含め記入すること。

(2) 要介護度別実利用者数

【運営指導月の前々月の状況】

(年 月)

	実利用者数 (a) + (b)	男 (a)	女 (b)
要支援1	0		
要支援2	0		
要介護1	0		
要介護2	0		
要介護3	0		
要介護4	0		
要介護5	0		
計	0	0	0

※月の途中で要介護度が変更になった者については、要介護度の高い方に区分すること。(把握できる範囲内で可)

※要支援1、2については、第一号訪問事業(旧介護予防相当)を一体的に行っている場合に記入すること。

(4) 保険外サービス(自費サービス)の利用者

【運営指導月の前々月の状況】 (年 月)

利用者の有無の別	有・無
「有」の場合、提供したサービス内容を箇条書きで記入してください。	

(5) サービス提供状況

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

項 目	有・無の別	
(ア) 生活援助中心型のサービス利用者	有・無	
上記で「有」の場合、次の項目の有無を記入してください。		
独居の利用者	有・無	
日中独居の利用者	有・無	
上記以外の利用者	有・無	
「上記以外の利用者」で「有」の場合、どのような状況にある利用者かを箇条書きで記入してください。		
(イ) 身体介護で自立支援のための見守りの援助	有・無	
「有」の場合、どのような利用者に対し行っているかを箇条書きで記入してください。		
(ウ) 2人の訪問介護員によるサービス利用者	有・無	
「有」の場合、どのような利用者に対し行っているかを箇条書きで記入してください。		
(エ) 身体介護算定による通院介助	有・無	
「有」の場合、院内介助の実施	有・無	
(オ) 身体介護算定による外出介助(病院以外の目的)	有・無	
「有」の場合、どのような利用者に対し行っているかを箇条書きで記入してください。		
(カ) 身体介護で特段の専門的配慮をもって行う調理	有・無	
「有」の場合、どのような利用者に対し行っているかを箇条書きで記入してください。		
(キ) 頻回の訪問介護(20分未満の身体介護で、2時間の間隔を空けずに提供するもの ※サービスコード「身体介護02」)	有・無	
「有」の場合、どのような利用者に対し行っているかを箇条書きで記入してください。		

(6) 行動障害のある利用者

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者(ニシャル等)		行動障害の内容	左に対する対応等※2	関係機関との連携の有無(連携先)	
性別	年齢			有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()
				有・無	()

入力例)新潟太郎の場合
 →「T・N」や「新〇太〇」などとし、実地指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化してください。

- ※ 1 行動障害(徘徊、大声を発する、乱暴な口の利き方等を頻繁に繰り返すなど)のある利用者について記載してください。
- ※ 2 行動障害のある利用者等に対して、事業所として行っている対応等(介護の工夫、外部との連携など)を記載してください。

2 職員等の状況

(1) 職員の状況

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

	職 種 ※1	氏 名	資 格 ※2	常勤・非常勤の別	専従・兼務の別	兼務先事業所名とその職種 ※3	当該事業所の勤務割合 ※4	雇用契約等の有無	同一法人における勤務年数	備 考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

※ 1 職種は、管理者、サービス提供責任者、訪問介護員、事務員等と記載すること。

※ 2 資格は、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修課程修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、旧ヘルパー2級、看護師、准看護師、生活援助従事者研修修了者等と記載すること。

※ 3 兼務先事業所が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記載すること。

※ 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1としてその割合を記載すること。

(例えば常勤専任者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば10/40=0.25とする。)

※ 5 育休・産休等により、暦月で1月以上長期の休暇を取得している場合は、備考にその旨記載すること。

※ 6 行が不足する場合は、追加するかページを追加して作成すること。

(2) サービス提供責任者数

【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
利用者の数												
訪問介護員等の人数												
サービス提供時間数												
うち、指定居宅介護でのサービス提供時間数												
必要なサービス提供責任者数												
実際のサービス提供責任者数												

※1 利用者の数には、第一号訪問事業（旧介護予防相当）と一体的に事業を実施している場合と、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（H18.12.6障発第1206001号）に基づき介護保険法上の指定を受けていることを持って指定居宅介護の指定を受け、同一事業所で一体的に事業を運営している場合は、両利用者を含め記入すること。

※2 訪問介護員等は、いわゆる登録ヘルパーを含む。

※3 サービス提供時間欄には、第一号訪問事業（旧介護予防相当）と一体的に事業を実施している場合と、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（H18.12.6障発第1206001号）に基づき介護保険法上の指定を受けていることを持って指定居宅介護の指定を受け、同一事業所で一体的に事業を運営している場合は、両サービスに従事した時間を含め記入すること。さらに、指定居宅介護でのサービス提供時間欄には、当該時間を記入すること。

(3) サービスの質の評価の取組

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

サービスの質の評価の取組	事業所の提供するサービスについて、利用者又は利用者家族からアンケート等で評価してもらっていますか。	有 ・ 無
	※アンケート等により評価をされている場合、それをどのように活用しているのか記入してください。	
	年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	有 ・ 無
	※上記取組を行っている場合、どのような目標を立て、どのような取組を行ったか記入してください。	
	職員毎に年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。 ※事業所で様式を定め、職員毎に自己点検を行っている場合は、その様式を1部添付してください。	有 ・ 無
その他サービスの質の評価の取組		

(4) 研修の機会の確保

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

研修について	研修機会の確保				
	従業者等の研修計画		有・無	研修計画の作成方法	
	研修の実施状況				
	開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種及び人数	研修内容(外部研修に参加した場合は、伝達研修実施の有無も記載のこと)
	外部研修の内容を職員へ周知する方法				
	研修欠席者への研修内容の周知方法				
	研修効果向上の取組				

※ 1 「研修効果向上の取組」には、施設・事業所において、職員の研修参加率向上の取組や研修効果の確認等を行っている場合は、その内容を記入してください。

※ 2 具体的に記載し、行が足りない場合は追加してください。

3 利用者に対する処遇方針及び取組状況

(既存資料の活用も可能です。)

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

(1) 身体的拘束等の適正化に関する取組	身体的拘束等を行う際の考え方、手続き等(マニュアル等)を定めたものの整備		有・無	マニュアル等の掲載内容			
				<input type="checkbox"/> 基本方針	<input type="checkbox"/> 身体的拘束等実施・継続の手順		
				<input type="checkbox"/> 身体的拘束等解除の手順	<input type="checkbox"/> 身体的拘束等実施の記録内容等		
	マニュアル等の名称		初回作成時期	年	最終更新時期	年	
	身体拘束実施時・解除時のフロー(既存資料の活用も可能です。)						
	身体拘束の実施に当たっては、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件をすべて満たす状態であり、緊急やむを得ない場合に該当することを検討・確認していますか。						有・無
	「無」の場合、どうして検討を行わなかったのかの理由を記入してください。						
	身体拘束の実施を検討する職員の職種名及び人数						
開始に当たっての検討の記録を作成していますか。						有・無	
「無」の場合、どうして記録を行わなかったのかの理由を記入してください。							
利用者や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、理解を得ていますか。						有・無	
「無」の場合、説明等を行わなかったのかの理由を記入してください。							
利用者や家族に対して説明を行う職員の職種名							

※ 1 具体的に記載してください。

※ 2 「マニュアル等の掲載内容」について、下段の項目を盛り込んでいる場合は、該当する項目前の口にし点を入れてください。

※ 3 不足分は行を追加して記載してください。

(既存資料の活用も可能です。)

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

(1) 身体的拘束等の適正化に関する取組 (続き)	身体的拘束等の適正化のための研修実施状況(運営指導月を含む年度の前年度)				
	開催年月日	開催形態	講師名	参加者(事業所職員)の職種及び人数	研修内容
その他(身体拘束廃止に向けた取組があれば、記入してください。)					

※1 具体的に記載してください。

(2) 身体的拘束等の実施状況

ア 身体的拘束等の状況(過去、身体的拘束等を行ったことがある場合に記載してください。なお同一人物で同じ拘束方法であれば1人としてください。)

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
実人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

イ 身体的拘束等の実施状況(上記 ア に挙げた利用者等について記載してください。)

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者イニシャル等		利用開始年月日	拘束の方法	拘束の理由	今後の処遇方針	家族等への説明・確認	拘束に係る記録
性別	年齢	拘束実施日又は拘束実施期間					
		拘束解除日又はしなくなった利用日					
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無

入力例)新潟太郎の場合
 →「T・N」や「新〇太〇」などとし、運営指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化してください。

※1 今後の処遇方針には、作成日時点で実施している事例についてのみ記載してください。

ウ 身体的拘束等実施事例(イに記載した者のうち、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」の確認日付の新しい者3名の状況を記入してください。)

氏名		性別	要介護度		拘束開始年月日			拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体的拘束等の方法	個別の状況による拘束の必要な理由	切迫性	非代替性	一時性	拘束の時間帯及び時間	特記すべき心身の状況	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

氏名		性別	要介護度		拘束開始年月日			拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体的拘束等の方法	個別の状況による拘束の必要な理由	切迫性	非代替性	一時性	拘束の時間帯及び時間	特記すべき心身の状況	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

氏名		性別	要介護度		拘束開始年月日			拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体的拘束等の方法	個別の状況による拘束の必要な理由	切迫性	非代替性	一時性	拘束の時間帯及び時間	特記すべき心身の状況	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

※1 「No.」は利用者家族から徴する説明書が複数ある場合に期日の古い順から通し番号を記入してください。

※2 「確認日」には、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」の利用者の確認日を記入してください。

※3 例外的に身体拘束が認められる場合に検討される3つの要件「切迫性」「非代替性」「一時性」の適合状況を「○」「×」で選択または記入願います。

エ 身体的拘束等解除事例(イに記載した者のうち、身体的拘束等解除に係る成功事例を記入してください。)

氏名		性別	要介護度		拘束開始年月日			拘束終了年月日		
身体的拘束等の方法			個別の状況による拘束の必要な理由				身体的拘束等解除に当たって工夫した点等			

※身体拘束を行っていたことにより、手足の機能が廃用したため、身体拘束解除に至った場合や入院・死亡等が原因の退所は除く。

(3) 事故発生時・緊急時の対応

【資料作成日現在】

緊急時及び事故発生時に対する対策	緊急時対応マニュアルの整備	有・無	マニュアルの名称	
	作成時期	年 月 日	最終更新時期	年 月 日
	緊急時対応フロー (既存資料の活用も可能です。)			
	事故発生時対応マニュアルの整備	有・無	マニュアルの名称	
	作成時期	年 月 日	最終更新時期	年 月 日
	事故発生時対応フロー (既存資料の活用も可能です。)			
	事故発生時の再発防止策の検討状況	検討する職員		
		検討時期・方法		
	事故内容及び再発防止策についての職員への周知方法			
	再発防止策の検証状況	検証する職員		
検討時期・方法				
その他の取組				

イ 主な事故事例

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者インシャル等		事故等の内容 (発生日時、発生場所、利用者の症状等)	原因	再発防止策	再発防止策の検証の有無	市町村への報告
性別	年齢					
		入力例)新潟太郎の場合 →「T・N」や「新〇太〇」などとし、運営指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化してください。			有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無

※1 利用者等の死亡・負傷(医療機関への受診を要したもの)及び誤薬、盗難、傷害事件、行方不明、個人情報紛失等利用者に影響があるものについて記入してください。

ウ 事故等の発生状況

○事故とヒヤリハットの区分け(定義づけ)

※貴事業所では、どういう事象を事故と捉え、どういう事象をヒヤリハットと捉えているか、定義を記入してください。

区分	定義時期	事故	ヒヤリハット
内容(定義)	年 月 日から		

○事故・ヒヤリハット事例の実績(前年度分)

・発生月別事故件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
事故件数							
ヒヤリハット件数							
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
事故件数							0
ヒヤリハット件数							0

同一利用者が事故発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
---------------------------	-------

同一利用者がヒヤリハット発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
-------------------------------	-------

事故発生事例を集計・分析していますか。	有 ・ 無
---------------------	-------

※「有」の場合は集計・分析結果を添付してください。

ヒヤリハット発生事例を集計・分析していますか。	有 ・ 無
-------------------------	-------

※「有」の場合は集計・分析結果を添付してください。

(4) 衛生管理対策

ア 訪問介護員等の衛生管理

【資料作成日現在】

訪問介護員等の清潔の保持の方法を記入してください。

訪問介護員等の健康状態の管理方法を記入してください。

イ 設備・備品等の衛生管理

【資料作成日現在】

○ 設備・備品等の保管方法及び衛生上留意している事項を記入してください。

(5) 職員の秘密保持対策

【資料作成日現在】

(ア)従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、どのような措置を講じているか記入してください。

(イ)個人情報(文書・電子データ)を事業所内で使用・保管する場合の取扱方法や留意点等を記入してください。

(ウ)個人情報(文書・電子データ)を事業所外に持ち出す場合や事業所外で入手した場合の取扱方法や留意点等を記入してください。

(エ)利用者やその家族の個人情報をサービス担当者会議に用いる場合等、あらかじめ文書により利用者及びその家族から同意を得ていますか。 いる いない

同意を得ている場合は、その文書名を記入してください。

(6) 苦情対応

ア 苦情解決の仕組み

【資料作成日現在】

	設置の有無	職・氏名 等	
苦情受付担当者	有・無	職名	氏名
苦情解決責任者	有・無	職名	氏名
第三者委員	有・無	職名	氏名
苦情解決のためのマニュアル			有・無

イ 苦情解決の仕組みの周知方法

【資料作成日現在】

窓口等への 掲示	有・無	会報等への 掲載	有・無	契約締結時 の説明	有・無
その他 (具体的に)					

ウ 苦情の考え方

【資料作成日現在】

どんなものを苦情として扱っているか、施設・事業所の考え方を記入してください。

エ 苦情の概況

【前年度】

前年度の受付件数	件	同一人による苦情申出の有無	有・無
前年度受け付けた苦情の主な事案			
受付年月日	苦情申出者名	苦情内容及びその対応	
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		

オ 職員への苦情対応の周知方法

【資料作成日現在】

苦情内容及び当該対応の情報について、職員へどのように周知を図っているか、その周知方法を記入してください。

カ 苦情解決結果の公表方法

【資料作成日現在】

事業報告書への掲載	有・無	会報等への掲載	有・無
その他 (具体的に)			

(7) 高齢者虐待防止に関する取組状況

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

職員等による高齢者虐待防止のために何らかの指針等を作成していますか。					有 ・ 無
指針等の名称		初回作成時期	年 月	最終更新時期	年 月
職員等による高齢者虐待を受けたと思われる事象を確認した場合は、どのような取組・対応を行っているかを記入してください。					
虐待防止のための研修の開催状況(前年度分)					
開催年月日	開催形態	講師名	参加者(事業所職員)の職種及び人数	研修内容	
その他、虐待発生防止の取組を行っていれば、記載してください。					

(8) 介護保険法に基づく前回指導監査(書面含む)の指摘事項の改善状況

過去に、介護保険法に基づく運営指導、書面監査、監査等を受けたことがありますか。		有 ・ 無 ・ 不明
受けたことがある場合、その内容と改善状況（現在の状況）について下記に記載してください。		
区 分	指 摘 事 項	改 善 状 況（現在の状況）
運営指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 () 実施年月日：	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	
運営指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 () 実施年月日： 年 月 日	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	

※1 区分欄は、該当するものに丸をつけてください。

※2 運営指導等を受けたことはあるが、指導等の結果記録がなく内容等が不明な場合は、その旨を記載してください。