

通所介護 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(通所介護)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(通所介護)の構成	p10	○同一利用者で複数回事故が発生している状況 ○同一利用者で複数回ヒヤリ・ハットが発生している状況
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) 介助等の状況	p11	○消防・防災体制等の状況
p2	通所介護の事業所規模による介護報酬算定区分確認表	p12	(4) 苦情対応 ア 苦情の対応方法のためのマニュアルの整備状況 イ 苦情の考え方 ウ 苦情解決の仕組みの概要 エ 苦情処理状況 オ 苦情解決のための担当等 カ 職員への周知方法 キ 苦情解決結果の公表方法
p3	(4) 入浴の状況 (5) 行動障害のある利用者		
p4	2 職員等の状況		
p5	3 利用者に対する処遇方針及び取組状況 (1) 身体拘束に関する取組		
p6	(2) 高齢者虐待防止に関する取組 ○身体拘束の状況	p13	(5) 研修の機会の確保 ア 研修の実施状況 イ 研修効果を上げるための取組
p7	○身体拘束実施事例 ○身体拘束解除事例	p14	(6) 感染症・食中毒の防止対策 (7) サービスの質の評価の取組
p8	(3) 緊急時及び事故発生時に対する対策 ○主な事件事例	p15	(8) 職員の秘密保持対策
p9	○事故等の発生状況	p16	4 介護保険法に基づく指導監査(書面監査含む)の指摘事項の改善状況

1 利用者の状況

(1) 前年度利用者実績調べ

年 月	営業日 (a)	通所介護		第一号通所事業 (旧介護予防相当)		合計	
		利用者延べ 数	前年度 (月)平均 利用者数	利用者延べ 数	前年度 (月)平均 利用者数	利用者延べ 数	前年度 (月)平均 利用者数
		ア	イ=ア÷(a)	ウ	エ=ウ÷(a)	オ=ア+ウ	カ=オ÷(a)
令和 5 年 4 月	30		0		0	0	0
令和 5 年 5 月	31		0		0	0	0
令和 5 年 6 月	30		0		0	0	0
令和 5 年 7 月	31		0		0	0	0
令和 5 年 8 月	31		0		0	0	0
令和 5 年 9 月	30		0		0	0	0
令和 5 年 10 月	31		0		0	0	0
令和 5 年 11 月	30		0		0	0	0
令和 5 年 12 月	31		0		0	0	0
令和 6 年 1 月	31		0		0	0	0
令和 6 年 2 月	28		0		0	0	0
令和 6 年 3 月	31		0		0	0	0
合 計 (b)	365	0	0	0	0	0	0
月平均利用者延べ数(b)/12		0		0		0	
貴事業所における介護報酬算定区分を選択してください。		通常規模型・大規模型Ⅰ・大規模型Ⅱ					

※1 ウについては、第一号通所事業(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。

※2 通所の単位が2単位以上の場合は、単位毎に別業とすること。

※3 p2の「通所介護の事業所規模による介護報酬算定区分確認表」を作成すること。

(2) 要介護度別実利用者数

【運営指導実施月の前々月の状況】

(年 月)

	実利用者数 (a)+(b)	男 (a)	女 (b)
要支援1			
要支援2			
要介護1			
要介護2			
要介護3			
要介護4			
要介護5			
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、第一号通所事業(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。

上記利用者のうち胃ろう等設置者数

	胃ろう	腸ろう	経鼻
人 数			

(3) 介助等の状況《(2)の利用者に対する人数》

【運営指導実施月の前々月の状況】

	移動介助			食事介助			排せつ介助		
	自立	一部	全部	自立	一部	全部	自立	一部	全部
通所介護									
第一号通所事業									

※1 何らかの介助があれば自分のできる場合を「一部」、介助があっても自分ではできない場合を「全部」とする

※2 移動介助は利用者が移動する際の介助状況

※3 食事介助は、事業所での食事が経管栄養である者を除く

通所介護の事業所規模による介護報酬算定区分確認表

- 令和5年4月から令和6年2月までの各月ごとの利用延人員数を記載してください。なお、自動的に計算しますので、利用者数の計算処理は不要です。
- ※ 事業所規模による介護報酬算定区分の確認については、新潟市ホームページ「事業所規模による区分の確認について」
 (トップページ>健康・医療・福祉>介護>事業者向け申請・届出関係様式>お知らせ>基準・加算について>事業所規模による区分の確認について)を参照のこと。
- ※ 「第一号通所事業(旧介護予防相当)」の欄については、第一号通所事業(旧介護予防通所介護に相当するサービス)の利用延人員数を記載する。

報酬算定		令和5年									令和6年			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
通所介護	3時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満含む)													
	5時間以上7時間未満													
	7時間以上9時間未満													
	通所介護計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(第一号通所事業 旧介護予防相当)	5時間未満													
	5時間以上7時間未満													
	7時間以上9時間未満													
	第一号通所事業計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
計(自動的に計算されます)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
正月等を除き毎日事業を 実施している場合 (「6/7」を選択してください。)														
最終人数(自動的に計算されます)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
													計	平均 利用延人員数
													0.00	0.00

(4) 入浴の状況

【運営指導実施月の前々月の状況】

区 分		一 般 浴	寢 台 浴	チエア浴	個 浴
利用者数 ((2) の利用者について)		人	人	人	人
入浴時間帯	開始	時 分	時 分	時 分	時 分
	終了	時 分	時 分	時 分	時 分
他事業所との 入浴設備の共有		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
共有他事業所の 利用時間	開始	時 分	時 分	時 分	時 分
	終了	時 分	時 分	時 分	時 分
介助職員等の 配置状況	着脱・整容	人	人	人	人
	浴室	人	人	人	人
	誘導	人	人	人	人
	看護	人	人	人	人
	計(実数)	人	人	人	人

※ 各介助業務等を1人の職員が兼ねている場合は、それぞれの業務に1人をたて、計は実数を記入してください。

(5) 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(シヤル等)		行動障害の内容 (具体的に)	利用開始年月日
性別	年齢		利用開始からの 身体拘束実施の有無
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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。 </div>	年 月 日
			有 ・ 無
			年 月 日
			有 ・ 無
			年 月 日
			有 ・ 無
			年 月 日
			有 ・ 無

※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 職員等の状況

【運営指導実施月の前々月の状況】

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	備 考

- ※ 1 職種は、管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、事務員等と記載する。
- ※ 2 資格は、介護福祉士、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、准看護師等と記載する。
- ※ 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。
- ※ 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専従者の勤務時間を1としてその割合を記載する。（例えば常勤専従者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば $10 \div 40 = 0.25$ とする。）

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) 身体拘束に関する取組	身体拘束マニュアルの整備	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
	実施の手順が定められていますか	有 ・ 無		
	身体拘束実施時のフロー(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を記入してください。			
	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				

※ 1 具体的に記載してください。

(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】

身体拘束に関 (1) する取組 (続き)	実施の際には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録していますか。	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。	
	拘束を実施している事例について、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件及び「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを、観察、再検討していますか。	
	「無」の場合、どうして観察、再検討を行わなかったのかの理由を記入してください。	
	再検討の記録を作成していますか。	
	「有」の場合、再検討の周期等を具体的に記入してください。	
	「無」の場合、どうして観察、再検討を行わなかったのかの理由を記入してください。	
	再検討の記録を作成していますか。	
(2) 高齢者虐待防 止に関する取 組	虐待を受けている、もしくはを受けている疑いがある事例が生じた場合の取組。	
	(Blank space for details)	

※ 具体的に記載してください。

○ 身体拘束の状況

過去、身体拘束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

○身体拘束実施事例(新しいものから順に3件の事例について記入してください。)

1	氏名					性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了年月日	
	確認日	身体拘束の方法	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	
2	氏名					性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了年月日	
	確認日	身体拘束の方法	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	
3	氏名					性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了年月日	
	確認日	身体拘束の方法	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	

※運営指導対象期間中の状況について記入願います。

※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「○」「×」で記入願います。

○身体拘束解除事例(運営指導対象期間中に解除した事例があった場合、代表的なものを1件記入してください。)

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

※1 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は除く。

(3) 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		
検証時期・方法				
その他の取組				

○ 主な事故事例

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者仁シヤル等		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	宿泊サービス 提供時の事故 (該当例に○)	損害賠償 の有無	再発防止策 の検証の有 無	市 への報告
性別	年齢							
						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。				有・無	有・無	有・無
						有・無	有・無	有・無
						有・無	有・無	有・無

※1 利用者の治療に相当期間(概ね1週間以上)を要した事故について記入してください。

○事故等の発生状況

①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		

②事故・ヒヤリ・ハット事例の実績(運営指導月の前年度分)

・発生月別事故件数

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

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

・同一利用者とヒヤリ・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。

○同一利用者で複数回事故が発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	事故種別	発生場所	事故状況	改善策	改善策の検証の有無

○同一利用者で複数回ヒヤリ・ハットが発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	事故種別	発生場所	事故状況	改善策	改善策の検証の有無

○消防・防災体制等の状況

【資料作成日現在】

防火管理者の状況	防火管理者の設置	要・不要		防火管理者職・氏名		
	防火管理者講習受講	年月日	防火管理者選任	年月日	消防署への届出	年月日
(注)防火管理者を置かなくてもよい場合は、防火管理についての責任者名等を記入。						
消防計画の状況	消防計画作成年月日	年月日	消防署への届出年月日	年月日		
	職員への周知状況					
(注1)防火管理者設置不要の場合は、消防計画に準ずる計画について記入。 (注2)職員への周知状況は、具体的な内容を記入すること。						
防災体制の状況	近隣施設・地域住民との協力体制					
	地域の消防機関への通報体制					
(注)具体的な内容を記入すること。						
消防署の立入検査の状況	所管消防署			検査年月日	年月日	
	(指摘事項)			(改善状況)		
(注)「別紙のとおり」とし、消防署に対する改善状況報告書の写し等を添付しても可。						

【資料作成日現在】

災害名	計画作成状況	計画への位置付けの有無		
	作成年月日	避難場所	避難経路	自力避難困難者等の避難方法
火災	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
地震	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
風水害	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
津波	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
土砂災害	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
その他※	計画あり・計画なし 年月日	有・無	有・無	有・無
※上記の「その他」の計画を作成している場合は、災害の名称を記載してください。				
市町村地域防災計画に定められた要配慮者利用施設		該当・非該当	水防法等に基づく災害対策計画等の市町村への提出	提出・未提出
関係機関との協議状況(消防署・市町村等からの指導・助言)				
各種職員への周知状況				

【前年度実績】

消防・防災訓練の状況				
消防訓練	実施年月日			消防器具・避難経路等の自主点検(実施年月日を記入)
	実施内容(実施したものに○)	避難・救助・通報・消火	避難・救助・通報・消火	(実施済の場合、実施年月日及び指導内容を記載) 実施年月日：年月日 指導内容：
	消防署への事前通知	有・無	有・無	消防署による検証指導の実施
	消防署の立ち会い	有・無	有・無	
	近隣施設・地域住民の参加	有・無	有・無	
その他の防災訓練(地震、風水害、津波等)	実施年月日			(注) 1 夜間の避難訓練を実施した場合は、実施内容に「夜」と追加記入すること。 2 限界時間想定訓練を実施した場合は、実施内容に「限」と追加記入すること。
	内容			

(4) 苦情対応

ア 苦情の対応方法(解決策を含む)のためのマニュアルの整備状況

【資料作成日現在】

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
----------	-----	----------	--	------	-------	--------	-------

イ 苦情の考え方

【資料作成日現在】

事業所では、どのようなものを苦情として捉えているかを記入してください。

--

ウ 苦情解決の仕組みの概要

【資料作成日現在】

苦情受付から再発防止策等までの概略を記入してください。

--

エ 苦情処理状況

【実地指導月を含む年度の前年度分】

前年度の受付件数	件	同一人による苦情申出の有無	有・無
主な苦情の状況			
受付年月日	苦情申出者名	苦情内容及びその対応と再発防止策	
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		
	利用者との関係 ()		

カ 職員への周知方法

【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。

--

オ 苦情解決のための担当等

【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	氏名
苦情解決責任者	有・無	職	氏名
第三者委員会	有・無	役職等	氏名

キ 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)			

(5) 研修の機会の確保

(既存資料の活用も可能です。)

ア 研修の実施状況

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

<input type="radio"/> 従業者等の研修計画		有・無		
<input type="radio"/> 研修の実施状況				
開催年月日	開催形態	講師名	参加者の職種及び人数 (当該事業所職員について)	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)

イ 研修効果を上げるための取組

<input type="radio"/> 外部研修に参加した場合の当該研修内容について、関係職員への周知方法等の取組	
<input type="radio"/> 研修欠席者への取組	
<input type="radio"/> その他の取組	

※ 具体的に記載してください。

【運営指導実施月の前々月から過去1年分】

(6) 感染症、食中毒の防止対策	感染症又は食中毒等の集団感染(要保健所報告規模)の発生の有無(実地指導月を含む年度の前年度)	有 ・ 無	(感染内容)	
	感染症及び食中毒予防マニュアルの整備	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
	施設、食器その他の設備、飲用水等の衛生管理			
		浴槽水のレジオネラ属菌検査の実施年月日	年 月 日	
	感染症防止の措置			
	衛生委員会等の設置、活動			
その他の取組				
(7) 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				

(8) 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。	

4 介護保険法に基づく指導監査（書面監査含む）の指摘事項の改善状況

(1) 平成25年度以降に介護保険法に基づく実地指導、書面監査、監査等を受けたことがありますか。		有・無・不明
(2) 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）
実地指導 ・ 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)	
実地指導 ・ 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 (2)について、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。

※3 記入しきれない場合は、別紙としてください。