

有料老人ホーム立入検査資料 【別表】

第1 居室等設備の状況	.....	2	第9 虐待防止の取組の状況	.....	7
第2 職員の配置状況	.....	3	第10 居宅サービス等の利用状況	.....	8
第3 研修状況及び研修内容	.....	4	第11 身体拘束の状況	.....	9
第4 職員の健康診断の実施状況	.....	5	第12 入居者の健康診断の実施状況	.....	9
第5 施設運営に必要な記録の整備状況	.....	5	第13 介護度別入居者の状況	.....	9
第6 緊急時の対応状況	.....	6	第14 入居者の金銭等の管理状況	.....	9
第7 協力医療機関の状況	.....	7	第15 苦情処理体制の整備状況	.....	10
第8 運営懇談会の実施状況	.....	7	第16 前回立入検査の指摘事項の改善状況	.....	10

施設の種類	
施設名	

第1-1 居室等設備の状況（本文第2の1及び第2の2関係）

（資料作成日現在）

種別	一般居室	介護居室	一時介護室									
設置の有無	有・無	有・無	有・無									
個室・相部屋の別												
13㎡/人未満の居室の有無	有・無	有・無	有・無									
種別	食堂	浴室	便所	洗面設備	医務室 (健康管理室)	看護・介護 職員室	談話室 (応接室)	事務室	宿直室	洗濯室	汚物処理室	
設置の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
種別	機能訓練室	健康・生き がい施設										
設置の有無	有・無	有・無										

第1-2 居室等設備の状況（本文第2の3関係）

※この表は平成14年10月1日現在、現に存する施設又は着工していた施設で、現在の設備基準に係わる規定を満たさない場合に記入すること。

（資料作成日現在）

種別	一般居室	介護居室	一時介護室									
設置の有無	有・無	有・無	有・無									
個室・相部屋の別												
個室の場合												
13㎡/人未満の居室の有無	有・無	有・無	有・無									
相部屋の場合												
9㎡/人未満の居室の有無	有・無	有・無	有・無									
種別	食堂	特別浴室	浴室	便所	洗面所	医務室 (健康管理室)	看護婦室	ヘルパー室	談話室 (応接室)	事務室	宿直室	
設置の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
種別	洗濯室	汚物処理室	機能訓練室	健康・生き がい施設	外来者 宿泊室							
設置の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無							

第2-1 職員の配置状況（本文第3の1、第5の4関係）

（資料作成日現在）

職種	管理者	事務員	生活相談員	介護職員	看護師 准看護師	機能訓練 指導員	栄養士	調理員	計画作成 担当者	その他 ()	合計
現員	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
うち有資格者数											

（注）非常勤職員は下段（ ）書きで再掲のこと。

第2-2 職員の状況（本文第3の1関係）

（資料作成日現在）

職種名※1	氏 名	資格※2	常勤・ 非常勤	専従・ 兼務	兼務先事業所名とその職種※3	当該事業 所の勤務 割合※4	経 験 年 数			備 考
							現施設経験		他の社会福祉 施設経験年数	
							就職年月日	勤続年数		
（記載例） 介護職員	○ ○ ○ ○	介護福祉士	常勤	兼務	訪問介護/訪問介護員	0.3	令和3年4月1日	1年4月	10年10月	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

本表は、全職員の状況を記入すること。

※1 職種は、管理者、事務員、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、調理員 等と記載すること。

※2 資格は、社会福祉士、看護師、准看護師、介護福祉士、介護職員初任者研修課程修了者、旧ヘルパー1級、理学療法士等と記載すること。

※3 兼務先事業所が同一施設の別職種である場合は、「同施設」として兼務する職種を記載すること。

※4 当該施設の勤務割合は、常勤専従者の勤務時間を1としてその割合を記載すること。

（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 $\frac{10}{40} = 0.25$ とする。）

第3 研修状況及び研修内容（本文第3の2関係）

（前年度実績）

研 修 名	研 修 年 月 日	職 名	研修人員	研 修 内 容
（例）虐待防止研修	R1.9.1	介護職員等	20人	全社協主催〇〇〇研修会の復命研修会

（注）外部研修への参加についても記載すること。なお、別紙として研修実施一覧表等を添付しても差し支えない。

第4 職員の健康診断の実施状況（本文第3の3関係）

（前年度実績）

実施日	受診人数	検査内容	実施状況
（例）R1.6.1	20人	胸部X線	〇〇健診センター

（参考：労働安全衛生法による実施項目）

・労働安全衛生規則第44条

- ① 既往歴及び業務歴の調査
- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長・体重・腹囲・視力及び聴力の検査
- ④ 胸部X線検査及び喀痰検査
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 貧血検査
- ⑦ 肝機能検査
- ⑧ 血中脂質検査
- ⑨ 血糖検査
- ⑩ 尿検査
- ⑪ 心電図検査

（③、④、⑥～⑨、⑪の項目については、厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないときと認めるときは省略することができる。）

※ 健康診断の際、結核発病の恐れがあると診断された労働者に対し、事業者は、再検査又は精密検査受診を勧奨する必要がある。

第5 施設運営に必要な記録の整備状況

（資料作成日現在）

記録の種類	整備状況
ア 一時金、利用料その他の入居者が負担する費用の受領の記録	
イ 入居者に供与した介護、食事の提供及びその他の日常生活上必要な便宜	
ウ 緊急やむを得ず身体拘束を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由	
エ 入居者に供与した日常生活の便宜に係る入居者及びその家族からの苦情の内容	
オ 日常生活上の便宜により入居者に事故が発生した場合は、その状況及び事故に際して採った処置の内容	
カ 日常生活上の便宜の供与を委託により他の事業者に行わせる場合であっては、当該事業者の名称、所在地、委託に係る契約事項及び業務の執行状況	

（注）他に整備されている記録類があれば適宜追加すること。
 整備している場合、該当欄に”〇”を記入すること。
 ア～カは老福法第29条4項及び老福法施行規則第20条6項に規定されたもの。

第6-1 避難訓練等の実施状況（本文第4の7関係）

（前年度実績）

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
消 防 訓 練 ※該 当 箇 所 に ○ 印	実 施 日													-	
	実施 内容	避 難													
		救 助													
		通 報													
		消 火													
	消防署への事前通知														
	消防署の立ち会い														
	近隣施設・地域住民の参加														
	水害や土砂災害に対応した 避難確保計画に基づく訓練（注3）														
	その他の防災訓練 （ ）														
消防器具・避難経路等の自主点検														-	
消防署による検証指導の実施		（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：令和 年 月 日 指導内容：													

- （注） 1 その他の防災訓練及び消防器具等の点検については、実施日を記入すること。
 2 夜間の避難訓練を実施した場合は、実施内容に「夜」と記入すること。
 3 市町村地域防災計画の要配慮者利用施設に該当する施設のみ記入すること。

第6-2 防火管理者の状況等（本文第4の7関係）

（資料作成日現在）

防火管理者 職・氏名		防火管理者講習 受講年月日	年 月 日 受講
防火管理者 選任年月日	年 月 日 選任	消防署への 届出年月日	年 月 日 届出
消防計画 作製年月日	年 月 日 作製	消防署への 届出年月日	年 月 日 届出

第6-3 事故等の発生状況（本文第4の8関係）

（前年度分）

発生年月日	事故等の内容・原因	再発防止策	記録等の有無	
			記録	有・無
			記録	有・無
			市への報告	有・無
			家族等への連絡	有・無
			記録	有・無
			市への報告	有・無
			家族等への連絡	有・無
			記録	有・無
			市への報告	有・無
			家族等への連絡	有・無
			記録	有・無
			市への報告	有・無
			家族等への連絡	有・無

- （注） 1 人身事故、財物事故を伴わない無断外出は除く。
 2 「事故等の内容・原因」、「再発防止策」は簡潔に記入すること。
 3 記載しきれない場合は別紙とすること。

第7 協力（提携）医療機関の状況（本文第4の9の（1）、（2）関係）

（資料作成日現在）

協力医療機関名	協力内容・診療科目	契約日 (契約期間)
		年 月 日 (契約期間 まで)
		年 月 日 (契約期間 まで)
		年 月 日 (契約期間 まで)
		年 月 日 (契約期間 まで)
		年 月 日 (契約期間 まで)

第8 運営懇談会の実施状況（本文第4の11関係）

（前年度実績）

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
運営懇談会	実施日（日付）													
	（参加者を記入）	施設長												
		職員												
		入居者												
		身元引受人等												
		学識経験者・民生委員												
		その他												

第9 虐待防止の取組の状況（本文第4の12関係）

（資料作成日現在）

施設の従業員による高齢者虐待を防止するため、どのような措置を講じているか。 (具体例として、本文第4の12を参照のこと。自由記述)

第10 居宅サービス等の利用状況（本文第4の10関係）

（資料作成日現在）

氏名	介護度	障害認定	利用サービスの種別（事業所名・利用頻度）	居宅介護支援事業所名	担当介護支援専門員名
（記載例）〇〇〇〇	介1		訪問介護（〇〇訪問事業所・週2回），通所介護（〇〇デイサービス・週3回）		

（注）「氏名欄」については、イニシャルの記入でも可とする。

第11 身体拘束の状況（本文第4の13関係）

（資料作成日現在）

身体拘束の方法	件数	身体拘束の必要な理由	記録の有無	家族等の確認の有無

第12 入居者の健康診断等の実施状況（本文第5の2関係）

（前年度実績）

実施日	対象人数	検査内容	実施状況
(記入例)			
R1. 6. 20	30人	胸部X線	レントゲン車
R2. 1. 10	15人	胸部X線	〇〇〇医院

第13 介護度別入居者の状況（本文第5の3関係）

※ 介護サービスを提供する有料老人ホームのみ回答

（資料作成日現在）

平均介護度	現員数	要介護状態以外	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人	人	人	人	人	人	人

第14-1 入居者の金銭管理の状況（本文第5の7関係）

（直近月末の状況）

預かり金の有無		預り金の管理方法			
有・無		通帳 ・ 現金 ・ その他（ ）			
入居者数	預かり人数	預かり金総額	個人別		
			最高額	最低額	
人	人	円	円	円	
通帳管理保管責任者 職・氏名			通帳保管場所		
印鑑管理保管責任者 職・氏名			印鑑保管場所		
①入居者または親族等との金銭受け渡し方法					
②現金を保管する場合の保管方法					

- (注) 1 入居者の所持金を管理している場合についてすべてを記入すること。
 2 「管理の方法及び入居者又は親族等への手交方法等」及び「現金を保管する場合の保管方法等」は簡潔に記入すること。

第14-2 自治会等の会計管理の状況（本文第5の8関係）（資料作成日現在）

会計名	通帳管理保管責任者 職氏名	通帳保管場所
	印鑑管理保管責任者 職氏名	印鑑保管場所

第15 苦情処理体制の整備状況（本文第9の6関係）

(1) 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	氏名
苦情解決責任者	有・無	職	氏名
第三者委員	有・無	職(民生委員等)	氏名
苦情解決のための要領（マニュアル）の整備			有・無

(2) 苦情解決仕組みの周知方法

(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)					

第16 前回立入検査の指摘事項の改善状況（本文第11の2関係）

指 摘 事 項	改 善 状 況
(改善状況報告書の提出を要する指摘事項)	
(改善状況報告書の提出を要しない指摘事項)	