

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10 喀痰吸引等の業務に従事する介護		
第2 職員の配置状況	・ ・ ・ ・ ・	3	職員の状況	・ ・ ・ ・ ・	7
第3 研修状況及び研修内容	・ ・ ・ ・ ・	4	第11 入居者の金銭管理の状況	・ ・ ・ ・ ・	7
第4 職員の健康診断の実施状況	・ ・ ・ ・ ・	4	第12 虐待防止の取組の状況	・ ・ ・ ・ ・	8
第5 業務継続計画等及び防災対策	・ ・ ・ ・ ・	5	第13 身体拘束の状況	・ ・ ・ ・ ・	8
第6 協力医療機関の状況	・ ・ ・ ・ ・	6	第14 苦情処理体制の整備状況	・ ・ ・ ・ ・	8
第7 運営懇談会の実施状況	・ ・ ・ ・ ・	6	第15 事故等の発生状況	・ ・ ・ ・ ・	9
第8 入居者の健康診断等の実施状況	・ ・ ・ ・ ・	6	第16 前回立入検査の指摘事項の改善状況	・ ・ ・ ・ ・	10
第9 介護度別入居者の状況	・ ・ ・ ・ ・	7			

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6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	R6. 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）R6. 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 | ⑦ 肝機能検査 |
| ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 | ⑧ 血中脂質検査 |
| ③ 身長・体重・腹囲・視力及び聴力の検査 | ⑨ 血糖検査 |
| ④ 胸部X線検査及び喀痰検査 | ⑩ 尿検査 |
| ⑤ 血圧の測定 | ⑪ 心電図検査 |
| ⑥ 貧血検査 | |

（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5-1 業務継続計画（以下「計画」という。）の策定状況（本文第4の4関係）
（前年度実績）

計画の策定年月日	感染症	年 月 日	災害	年 月 日
感染症に関する研修・訓練	研修	月	訓練	月
災害に関する研修・訓練	研修	月	訓練	月

第5-2 消防計画の状況（本文第4の5関係）
（資料作成日現在）

消防計画作成年月日	年 月 日 作成	消防署への届出年月日	年 月 日 届出
職員への周知方法			
防火管理者職・氏名		防火管理者選任消防署への届出日	年 月 日 届出

（注）職員への周知状況は、具体的な内容を記入すること。

第5-3 避難確保計画（注）の状況（本文第4の5関係）
（資料作成日現在）

要配慮者利用施設	該当 ・ 非該当	市町村担当課への報告年月日（左記「該当」の場合）	年 月 日 届出
避難確保計画の種類を○で囲む	洪水 ・ 土砂 ・ 津波		

注 新潟市地域防災計画に定められた洪水浸水想定区域内、土砂災害警戒区域内又は津波浸水想定区域内の要配慮者利用施設に該当する場合に作成が必要。

第5-4 避難訓練等の実施状況（本文第4の5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
※実施月に○印	消防訓練（注）												
	避難												
	救助												
	通報												
	消 火												
	災害に対応した避難確保計画に基づく訓練												
	専門業者等による防災設備の定期点検												
	消防器具・避難経路等の自主点検												

注 夜間又は夜間想定での避難訓練を実施した場合は、「○」ではなく「夜」を選択すること
3 記載しきれない場合は別紙とすること。

第5-5 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の実施状況（本文第4の6関係）
（前年度実績）

実施年月日	委員会開催内容

（注）記入しきれない場合は別紙とすること。年間の通じた上記委員会の実施状況がわかる資料を添付することも可とします。

第5-6 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する訓練の実施状況（本文第4の6関係）
（前年度実績）

感染症に関する研修・訓練	研修	月	訓練	月
--------------	----	---	----	---

第6 協力（提携）医療機関の状況（本文第4の8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)	相 談 対 応 体 制 及 び 診 療 体 制 の 常 時 確 保
		年 月 日 (契約期間 まで)	有・無
		年 月 日 (契約期間 まで)	有・無
		年 月 日 (契約期間 まで)	有・無
		年 月 日 (契約期間 まで)	有・無
		年 月 日 (契約期間 まで)	有・無

第7 運営懇談会の実施状況（本文第4の10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 (人数参加者記入)	実 施 日 (日付)												
	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8 入居者の健康診断等の実施状況（本文第5の3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) R3. 9. 10 R3. 12. 15	30人 15人	胸部X線 胸部X線	レントゲン車 〇〇〇医院

第9 介護度別入居者の状況（本文第5の4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10 喀痰吸引等の業務に従事する介護職員の状況（本文第5の5関係）

（資料作成日現在）

職 種 名	氏 名	資 格
（記載例） 介護員	〇〇 〇〇	認定特定業務従事者

（注）本表は、喀痰吸引等の業務に従事する介護職員の状況を記入すること。

第11 入居者の金銭管理の状況（本文第5の9関係）

（直近月末の状況）

預かり金の有無	入居者数	預かり人数
有 ・ 無	人	人
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12 虐待防止の取組の状況（本文第5の11関係）

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。

第13 身体拘束の状況（本文第5の12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14 苦情処理体制の整備状況（本文第8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
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15 事故等の発生状況（本文第8の7関係）

（前年度分）

発生年月日	事故等の内容・原因	記録等の有無	
		記録	有・無
		記録	有・無
		市町村への報告	有・無
		家族等への連絡	有・無
		記録	有・無
		市町村への報告	有・無
		家族等への連絡	有・無
		記録	有・無
		市町村への報告	有・無
		家族等への連絡	有・無
		記録	有・無
		市町村への報告	有・無
		家族等への連絡	有・無
		記録	有・無
		市町村への報告	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」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16 前回立入検査の指摘事項の改善状況（本文第10の1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)	