

社会福祉施設 指導監査資料 ＜実地監査用＞

(特別養護老人ホーム)

(介護老人福祉施設)

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

法人名	
施設名	

－ 社会福祉施設指導監査資料添付書類 －

No.	書類名	チェック	備考
1	運営規程（管理規程）	<input type="checkbox"/>	
2	事業報告書（前年度）	<input type="checkbox"/>	
3	事業計画書（今年度）	<input type="checkbox"/>	
4	パンフレット	<input type="checkbox"/>	作成している場合のみ添付
5	①身体的拘束等の適正化のための指針 ②身体的拘束適正化検討委員会議事録 ③身体的拘束等の適正化のための研修結果記録 ④身体的拘束等を行っている場合その記録の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	②～④については直近に実施した1回分のみを添付
6	①虐待防止のための指針 ②虐待防止検討委員会議事録 ③虐待防止のための研修結果記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	②、③については直近に実施した1回分のみを添付
7	①事故発生防止のための委員会議事録 ②事故発生防止のための研修結果記録 ③事故発生時の対処記録（改善策含む）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	直近に実施した1回分のみを添付
8	①感染症及び食中毒防止のための検討委員会議事録 ②感染症及び食中毒防止のための研修結果記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9	入所者（入居者）と交わす契約書の様式	<input type="checkbox"/>	
10	重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	
11	勤務表（直近1箇月分）	<input type="checkbox"/>	
12	処遇計画の写し及び策定に伴うケース会議記録（直近）	<input type="checkbox"/>	
13	提供したサービスの記録 ①排泄記録（直近1週間） ②入浴又は清拭（せいしき）記録（直近4週間） ③食事記録（直近1週間）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	それぞれ1人分を添付
14	献立表及び検食簿（直近1週間）	<input type="checkbox"/>	

注 提出すべき添付資料がそろっているか、上記チェック欄で確認の上、提出すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載しても差し支えないこと。

施設関係個別表について本表以降の各表は、原則として監査直近時点において作成すること。

老人福祉施設関係資料（施設）

1 施設の概況

(1) 運営方針等

施設名		事業開始年月日	年 月 日
施設種類		設置主体	
施設所在地		定款登載年月日	年 月 日
施設長氏名		認可定員	入所 人
施設認可年月日	年 月 日		短期 人

(2) 土地建物設備の状況

ア 土地

自己所有	m ²		
借地	m ²	借地契約年月日	年 月 日
		借地の相手方	
		地上権等の設定年月日	年 月 日
計	m ²		

イ 建物

耐火構造	m ²	建物の構造	造 階（平家）建て
準耐火構造	m ²	建物の構造	造 階（平家）建て
計	m ²		

ウ 設備

【従来型】

必須設備	室数(室)		その他の設備	室数(室)	
居室		呼び出しブザー等の(有・無)	事務室		
便所		呼び出しブザー等の(有・無)			
食堂		床面積 m ²			
機能訓練室		床面積 m ²			
浴室		/			
洗面設備					
静養室				呼び出しブザー等の(有・無)	
医務室					
調理室					
介護職員室					
看護職員室					
面談室					
洗濯室(場)					
汚物処理室					
介護材料室					

【ユニット型】

必須設備	室数(室)		その他の設備	室数(室)
ユニット 居室 共同生活室 洗面設備 便所	次頁「ユニット の状況」に記載 すること	居室及び便所への呼び出しプザー等 の(有・無)	事務室	
浴室				
医務室				
調理室				
洗濯室(場)				
介護材料室				
汚物処理室				
			相談室	

エ 居室の状況 (現在の1部屋当たりの状況)

区分	室数	床面積	1人当たり面積	備考
	室	m ²	m ²	
1人部屋				
2人部屋				
3人部屋				
4人部屋				
5人以上 の部屋				

オ ユニットの状況

名称	区分	室数	1室当たりの床面積	洗面設備の有無	便所の有無	備考
		室	m ²			
	1人部屋			有・無	有・無	
	2人部屋			有・無	有・無	
	共同生活室			有・無	有・無	
	1人部屋			有・無	有・無	
	2人部屋			有・無	有・無	
	共同生活室			有・無	有・無	
	1人部屋			有・無	有・無	
	2人部屋			有・無	有・無	
	共同生活室			有・無	有・無	

※ 適宜表を追加して全ユニットについて記載すること。

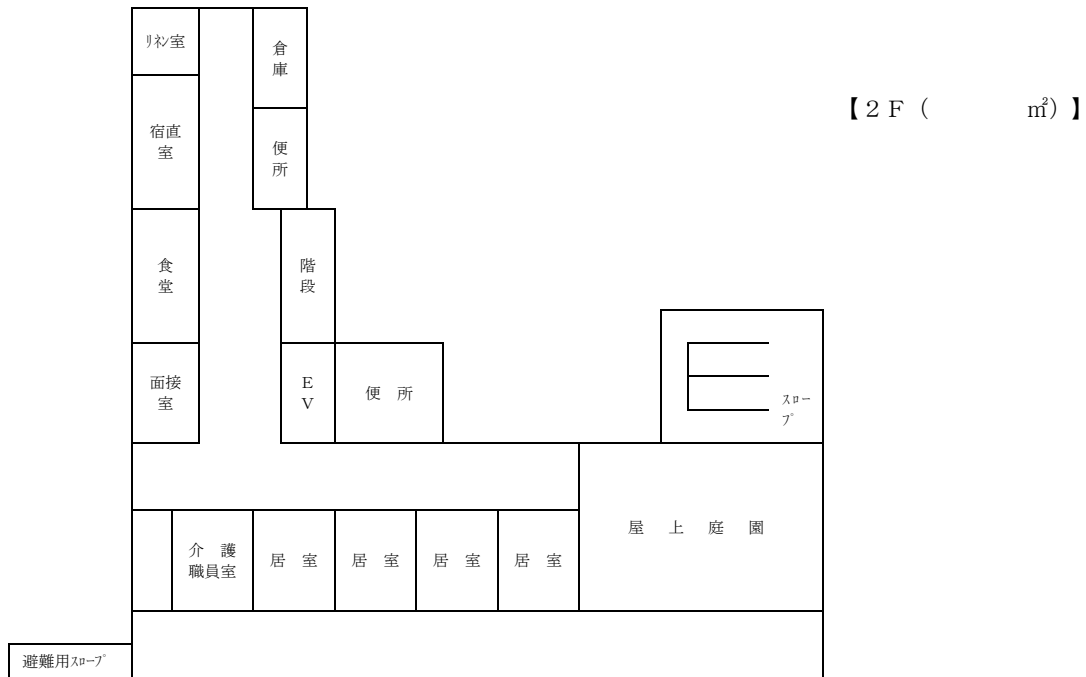
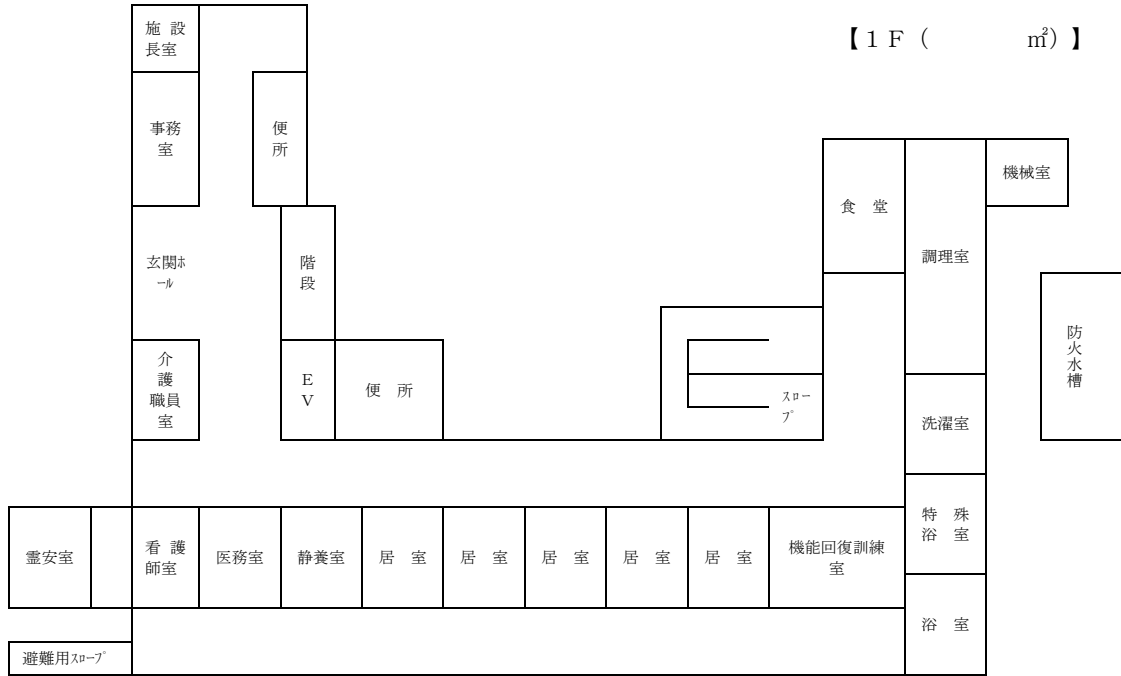
(3) 給排水設備の状況

給水設備		排水設備	
受水槽の有無	有 ・ 無	浄化槽の有無	有 ・ 無
水質検査実施年月日		保守検査実施年月日	
検査結果		検査結果	

(4) 施設平面図

作成日〔 年 月 日〕現在

< 例 示 >



- 注 1 既存のパフレット等の平面図があれば、適宜補正の上、提出して差し支えないこと。
 2 居室については、それぞれの定員数と居室面積を記載すること。
 3 併設施設がある場合は、その施設の平面図を位置関係が分かるようにして添付すること。
 4 同一敷地内に併設以外で他の施設がある場合は、施設それぞれの位置関係が分かるような平面図を添付すること。

2 入所者の状況

作成日〔 年 月 日〕現在

区分		当月1日 入所者数	新規入所者				退所者						
年度	月		在宅	その他 (他施設 から転入 等)	病院	計	社会 復帰	家庭 復帰	医療機 関入院	他施設 へ転出	死亡	その他	計
前 年	4	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	1												
	2												
	3												
	計												
今 年	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	1												
	2												
	3												
	計												

3 職員の採用・退職の状況

年度別		職種別	施設 長	事務 員	直接処遇職員				管理 栄養士 又は 栄養士	機能 訓練 指導員	介護 支援 専門員	調 理 員	医師		そ の 他	合 計
					生活 相談 員	介 護 職 員	看 護 職 員	小 計					常 勤	兼 任 (嘱 託)		
前 年 度	年 度 中	採用														
		退職														
	年度末 職員数															
今 年 度	年 度 中	採用														
		退職														
	作成日時 点の職員 数															
配置基準数																

- 注
- 1 今回監査の対象となる施設の職員の採用・退職の状況について記載すること。
 - 2 今年度分は、監査直近時までの状況を記載すること。
 - 3 本表は、常勤職員については給与表の適用職員を、パート等非常勤職員については実人員を（ ）書で上段に再掲すること。
 - 4 「採用」「退職」欄には、法人・施設間内部での異動者数、試用期間満了により退職し、引き続き、本採用となった者の数は上段〔 〕書に別掲とすること。

4 職員の資格等の状況

作成日 [年 月 日] 現在

	職 種	専任・兼任 の別	兼任の内容	氏 名	年齢	従事する職種に係る 資格の名称 注1	経験年数			備考
							現施設経験		他の社会福祉事 業経験年数	
							就 職 年月日	勤 続 年 数		
正職員	施設長									
	医師									
	生活相談員									
	看護職員									
	〃									
	介護支援専門員									
	介護職員									
	〃									
	〃									
	機能訓練指導員									
	栄養士又は 管理栄養士									
	調理員									
	事務員									
	小 計 (名)									

パート等	介護職員									週〇日 〇:〇〇~〇:〇〇
	〃									
	小 計 (名)									
	合 計 (名)									

注 1 「資格の名称」における施設長資格は以下の①～③のいずれかの番号を記載すること。生活相談員は以下の①又は③のどちらかの番号を記載すること。それ以外の職種は資格の名称を記載すること。

①社会福祉主事任用資格（社会福祉法第19条）

②社会福祉事業に2年以上従事

③これらと同等以上の能力を有すると認められる者（施設長の場合は「施設長資格認定講習会」を受講した者）

2 本表は、監査直近時の施設別、事業別に作成し、全職員（パート等非常勤職員、嘱託医を含む。）の状況を記載すること。

3 「専任兼任の別」欄には、当該施設のみで常時勤務する場合を専とし、他の施設にも勤務する等ほかにも時間的拘束を伴う仕事をもっている場合は兼とする。

4 職種がパート等非常勤職員の者については、備考欄に勤務の形態も記載すること。（記載例）「週3日、8:30～17:30」、「日曜祝日のみ、6:00～15:00」

5 職員の勤務状況

介護職員の記入例示

1日の勤務形態及び業務内容

施設（事業）名

時 間	勤務形態	時 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24																								勤務時間			始業時間	終業時間
		実働	休憩	計																										
施設長																														
事務員																														
時 間	勤務形態	時 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24																												
日 課	起床・洗面 朝食 機能訓練（月、木、土） 昼食 木 クラブ活動（月、水、木） 入浴（火、金） 夕食 消灯・就寝																								勤務時間			始業時間	終業時間	
	実働	休憩	計																											
介護職員	早番	2人																								7:00	1:00	8:00	7:00	15:00
	平常	6人																								8:00	1:00	9:00	9:00	18:00
	遅番	2人																								7:00	1:00	8:00	12:00	20:00
	準夜勤	2人																								7:00	1:00	8:00	16:00	24:00
	1人																													
	深夜勤	2人																								7:00	1:00	8:00	0:00	8:00
1人																														
生活相談員																														
看護職員																														
機能訓練指導員																														
介護支援専門員																														
栄養士又は管理栄養士																														
調理員																														
その他																														

- 注 1 本表は、施設又は事業者ごとに職種別の勤務時間について記入し、施設（事業）ごとに全体の職員勤務体制が分かるようにできるだけ一表で作成すること。また、「日課」欄には、内容を具体的に記載すること。
- 「日課」欄の起床、朝食、昼食、消灯については、入所者の時間を記載すること。
- 2 「準夜勤」及び「深夜勤」欄については、一人一人の勤務時間割りを記載すること。ただし、複数勤務の場合でも休憩時間等勤務割が全く同一の場合は、一勤務形態のみ記載すること。

6 施設職員の研修状況（前年度以降）

（1）施設内研修

<記載例>

実施状況	研修名	参加者 (参加職種)	備考（研修内容、他）
年2回	〇〇研修	全職員	
採用時	採用時研修	新規採用職員〇名	

（2）施設外研修

<記載例>

年月日	研修名	参加者 (参加職種)	備考（研修内容、他）
〇年〇月〇日	●●講習会	看護職員〇名	
〇年〇月〇日	●●研修	介護職員〇名	

- 注 1 各種研修の実施状況について記載すること。
2 研修の主な内容を記入すること。

7 職員会議等の実施状況（前年度以降）

<記載例>

会議等の名称	参加職員	実施状況	記録の有無	備考（会議等の内容、他）
職員会議	全職員	月1回	有	
処遇会議	長、相、介看、栄	月1回	有	
給食会議	長、相、介看、栄、調	月1回	有	
〇〇会議				
〇〇検討委員会				

- 注 1 各種会議及び検討委員会等の活動状況について記載すること。
 2 会議等の内容については、主な議事内容を記入すること。
 3 関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体と一体的に設置・運営している場合、その旨を備考欄に記載すること。

8 入所者の介護認定状況

作成日〔 年 月 日〕現在

(1) 平均年齢 歳（男 歳、女 歳）

(2) 介護認定の状況

区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
実数						
割合(%)						

9 入所者の処遇状況（前年度）

(1) 機能訓練の実施状況

ア 機能訓練に対する方針等

--

イ 機能訓練の種目別実施状況

種 目	担当職名等	1箇月当たり 実施回数	(不参加者は、記入不要)		
			ときどき 参 加	半分以上 参 加	毎 回 参 加
		回	人	人	人

注 本表には、OT、PT等が行う専門療法のほか、ラジオ体操など機能減退防止のために行うものを含むこと。

ウ 必要な機能訓練の器具保有状況及び活用状況

--

(2) 離床対策（寝たきりにさせないための方策）の実施状況

ア 離床のための方策及び取組

(方策：食堂での食事、ポータブル介助やトイレへの排泄誘導^{はいせつ}、車いす・歩行器・ギャッジベッドの活用など)

〔 食事の場所 食堂 人
 (月 日現在) 居室 人 (うちベッド 人) → (理由：)
 その他 人 (場所：) 〕

イ クラブ活動の実施状況

クラブサークル名	1回当たり 平均参加人員	指導担当職名	開催状況	記録の有無
	人		月 回 週	有・無
			月 回 週	有・無
			月 回 週	有・無

(3) 褥瘡^{じよくそう}者の状況

氏名	年齢	発症年月日	褥瘡 ^{じよくそう} の発症部位
計 人			

(4) 感染症等の予防対策及びその実施状況

・インフルエンザ、ノロウイルス、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、結核、疥癬等
・新型コロナウイルス

(5) 被服・寝具の対応状況

	被服の着替え	シーツ等寝具交換
実施回数	回／日 (時間帯)	回／週 (寝具交換の内容:)
対象者数	人	人
その他		

(6) 入所者の身体的拘束等の状況

ケース番号	年齢	入所年月日	入所者の状況及び具体的な拘束の状況	説明及び同意の有無	記録の有無

注 施設で作成している資料があれば、代替して差し支えない。

(7) 介護職員等による^{かくたん}喀痰吸引等について

ア 登録特定行為事業者として登録している場合の業務開始年月日
(年 月 日)

イ ^{かくたん}喀痰吸引等を行っている者の状況

ケース番号	年齢	入所年月日	入所者状況及び実施している行為の状況	計画書の有無	説明及び同意の有無	記録・報告の有無

10 医師及び医務室の状況

(1) 常勤医師の勤務状況

作成日〔 年 月 日〕現在

医 師 名			
診 療 科 目			
勤 務 の 形 態			
1日当たり診療人数	人	人	人
保 険 請 求 の 有 無	有・無	有・無	有・無

(2) 兼任（嘱託）医師の勤務状況

作成日〔 年 月 日〕現在

医療機関名 医師名			
診療科目			
嘱託契約の有無	有・無	有・無	有・無
勤務の形態			
1日当たり診療人数	人	人	人

注 常勤医師及び兼任（嘱託）医師記載については、前年度から監査直近時まで勤務した者全員について記載すること。

1.1 協力医療機関の状況

医療機関名 医師名		
診療科目		
病床数	床	床
施設からの距離	km（車で 分）	km（車で 分）
契約の有・無	有・無	有・無
法人・施設との関係		

注 1 協力医療機関が複数の場合には、それぞれ記載すること。
2 「法人・施設との関係」欄には、例えば理事長が医療法人の理事長を兼ねている場合には「理事長経営の医療法人立病院」と記載すること。

1.2 入所者及び職員の定期健康診断等の実施状況（前年度）

(1) 入所者の定期健康診断

年 月 日	実施人員／対象人員	検査内容
	／ 人	

(2) 職員の定期健康診断

年 月 日	実施人員／対象人員	対 象 職 種	検 査 内 容
	／ 人	全 職 員	
	／ 人	夜 勤 者	

(3) 給食関係職員の検便の実施状況

実 施 年 月	実施人員／対象人員	実 施 年 月	実施人員／対象人員
年 月	／ 人	年 月	／ 人
年 月	／ 人	年 月	／ 人
年 月	／ 人	年 月	／ 人
年 月	／ 人	年 月	／ 人
年 月	／ 人	年 月	／ 人
年 月	／ 人	年 月	／ 人

(1) ~ (3) の実施記録の有無 (有 ・ 無)

1.3 入所者預り金等の状況

作成日〔 年 月 日〕現在

(1) 入所者自身が自己管理している者 _____人

保管・管理の方法	
保 管 場 所	

注 入所者が預り金から小遣い程度の引き渡しを受け、自己管理している場合は「入所者自身の自己管理」に含めないこと。

(2) 入所者預り金の状況

預り人員		預り金総額	個人別		保管責任者			保管方法	
			最高額	最低額	区分	職名	氏名	保管場所	鍵保管者
現金 保管	人	千円	千円	千円	現金				
					通帳等				
通帳 保管	人	千円	千円	千円	印鑑				

(3) 預り金から小遣い程度を渡す場合の保管状況

人数		1人当たりの小遣い限度額	保管責任者		保管方法
			職名	氏名	
職員 保管	人	千円			保管場所 _____ 鍵管理者 _____
自己 保管	人	千円	—	—	保管方法

(4) 預り金に関する規程の有無

(有 ・ 無)

(5) 預り金の確認状況

施設長による 点検の状況	
-----------------	--

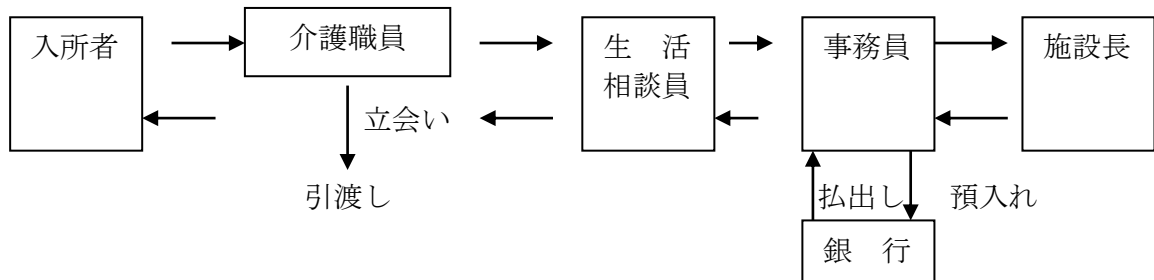
(6) 預り金現在額の連絡方法 (本人又は必要に応じて家族等に対して)

	本人	家族等
前年度の回数		
具体的方法		

(7) 本人との授受方法及び証憑書類の保管

—<記載例>—

(口頭の申出) (払出し、預入依頼書作成) (通帳等保管責任者) (印鑑保管責任者) (決裁)



1.4 入所者の死亡等状況（前年度）

・死亡者数 人（死亡場所：病院 人、施設 人、その他 人）

氏名	性別	死亡時の年齢	死亡場所	主たる死因	死亡時褥瘡の有無 ^{じよくそう}	死亡年月
合計	人					

15 災害事故防止対策

(1) 地域との連携状況

--

(2) 防災設備等の状況

施設・設備		消防法令による 設置義務の有・無	整備状況
防火 設備	避難階段	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
	避難口(非常口)	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
	居室・廊下・階段等の内装材料	—	適 ・ 不適
	防火戸・防火シャッター	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
消 防 用 設 備	消火器	有 ・ 無	有(個) ・ 無
	屋内消火栓設備	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
	屋外消火栓設備	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
	スプリンクラー設備	有 ・ 無	有 ・ 無
	自動火災報知設備	有 ・ 無	有 ・ 無
	消防機関へ通報する火災報知設備	—	有 ・ 無
	漏電火災警報器	有 ・ 無	有 ・ 無
	非常警報設備	有 ・ 無	有 ・ 無
	避難器具(すべり台・救助袋)	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
	誘導灯及び誘導標識	有 ・ 無	有(箇所) ・ 無
カーテン・布製ブラインド等の性能		有	有 ・ 無

(3) 消防計画及び防火管理者の消防署への届出状況

消防計画書の届出日 (直近:変更届出含む)	年 月 日	防火管理者	職名	
			氏名	
防火管理者 選任届出書控	有 ・ 無	防火管理者 講習受講 年 月 日	年 月 日	

(4) 各種防災訓練の実施状況 (前年度)

区分	実施回数		実施月	消防署への 事前届出	消防署の立会	記録
		うち夜間想定				
避難訓練 (火災)	()	()		有(回)・無	有(回)・無	有・無
避難訓練 (自然災害)	()	()		有(回)・無	有(回)・無	有・無
救助訓練	()	()		有(回)・無	有(回)・無	有・無
通報訓練	()	()		有(回)・無	有(回)・無	有・無
消火訓練	()	()		有(回)・無	有(回)・無	有・無

注 1 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従ってそれぞれ記載すること。
2 夜間又は夜間を想定した訓練を実施した場合は、「うち夜間想定」に再掲すること。

(5) 緊急時連絡網等の整備状況

自動転送システムの 設置	有 ・ 無	緊急時連絡網等の 整備	有 ・ 無
-----------------	-------	----------------	-------

(6) 消防署の立入検査の状況 (直近)

実施年月日	指導指示等の内容	
	文書	
	口頭	
	上記に対する 改善措置	

(7) 防災設備の保守点検の状況 (前年度)

業者委託による点検	有 (年 回) ・ 無	
自主点検	有 (年 回) ・ 無	
	点検事項	実施者名
消防署への点検結果 の提出日 (直近)	年 月 日	

(8) 非常災害対策計画（老人福祉施設等が定める非常災害に対する具体的な計画）の作成状況

非常災害対策計画が作成されているか	有・無
非常災害対策計画は、火災に対処するための計画のみではなく、火災、水害・土砂災害、地震等の地域の実情も鑑みた災害にも対処できるものであるか（必ずしも災害ごとに別の計画として策定する必要はない）	有・無
非常災害対策計画は、以下の項目が盛り込まれているか	
①老人福祉施設等の立地条件（地形等）	有・無
②災害に関する情報の入手方法（「避難準備情報」等の情報の入手方法の確認等）	有・無
③災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員等）	有・無
④避難を開始する時期、判断基準（「避難準備情報発令」時等）	有・無
⑤避難場所（市町村が設置する避難場所、施設内の安全なスペース等）	有・無
⑥避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間等）	有・無
⑦避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等）等）	有・無
⑧災害時の人員体制、指揮系統（災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）	有・無
⑨関係機関との連携体制	有・無
非常災害対策計画の内容を職員間で十分共有しているか 職員間での共有の状況（ ）	有・無
関係機関と避難場所や災害時の連絡体制等必要な事項について認識を共有しているか 関係機関との共有の状況（ ）	有・無
避難訓練を実施し、非常災害対策計画の内容を検証し、見直しを行っているか	有・無

参考 「介護保険施設等における利用者の安全確保及び非常災害時の体制強化・徹底について」（平成28年9月9日付け老総等発0909第1号厚生労働省老健局総務課長等通知）より

(9) 避難確保計画の作成状況及び避難訓練の実施状況

※盛岡市防災マップ上で、洪水又は土砂災害が想定される地区に立地している場合に記載すること。

作成の有無	市への提出の有無	市への提出日
有 ・ 無	有 ・ 無	年 月 日

避難訓練実施の有無	実施日	訓練記録の整備
有 ・ 無	年 月 日	有 ・ 無

(10) 管理宿直の状況（直近1箇月の状況）

宿日直 人 員	内訳(職種ごとの人員等)			業 務 内 容	非常時の 役割
	職 員	パート	その他		
人	人	人	人	(1) 宿日直規程（有・無） (2) 勤務形態 ア 勤務時間 イ 勤務場所 ウ 巡回時間等 (3) 業務日誌（有・無）	※ 防災訓練 への参加 [有・無]

注 「内訳のその他」欄に記載がある場合は、その内容を具体的に記載すること。

16 介護老人福祉施設入所者一覧表（資料作成月の利用者について作成すること）

※ 利用者名簿（システム出力帳票）等の既存資料がある場合は、「介護老人福祉施設入所者一覧表」の作成に代えて、既存資料を提出すること。

※ 介護保険法における運営指導が同時に行なわれない場合は記載不要です。

番号	氏名	性別	要介護度	療養食の種類 (療養食加算対象者のみ記入)	加算・減算の内容	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12					d	
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

1 「加算・減算の内容」欄は、個別に算定される加算・減算等を算定している場合に、加算減算名を記入すること。（「初期加算」→【初期】、「褥瘡マネジメント加算」→【褥瘡】、「外泊時費用」→【外泊】等、略称名での記入可。療養食加算を除く。）

2 「備考」欄は、入所者の状況等に特記事項がある場合に記入すること。

（○/▲～入院、△/○退所等）