

令和 年度

松山市指定障害福祉サービス（訪問系サービス）事業所運営指導事前調書

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

（注）前回の運営指導における指摘事項の改善報告書（改善報告が不要だった場合は、本市の運営指導結果通知書）の写しを添付してください。

1 事業所の概要

(1) 開設者等の状況

令和 年 月 日現在

開 設 者 の 状 況	法人等の名称			
	法人等の種別			
	主たる事務所の所在地	〒 ー		
	代表者名			
	代表者の住所			
	障害者総合支援法又は児童福祉法において指定を受けている障害者(児)支援事業等(松山市内にあるもので下欄の事業所併設のものを除く)	①サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町 () ②サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町 () ③サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町 () ④サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町 () ⑤サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町 ()		
事 業 所 の 状 況	所在地	〒 ー		
	管理者の氏名			
	サービス提供責任者の氏名			
	事業所の名称			
	サービス種別			
	指定年月日			
	併設する指定障害福祉サービス事業所等	①サービスの種類 () 事業所名 ()		

②サービスの種類 ()

事業所名 ()

※「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、公道を挟んで隣接するものを含みます。

(2) 施設の平面図（既存資料の活用可）

(3) 参考資料（運営規程、パンフレット及び施設概要の分かるもの）

2 事業の運営方針

1 利用者に対するサービスの提供に関する方針

2 職員の処遇に関する方針

3 サービスの特徴等

4 その他

※ 運営方針が記載されているパンフレットを添付している場合は、記入不要。

3 職員の勤務状況（指導実施日の前月末、ただし、指導実施日が1日～15日の場合は、前々月末）

令和								年	月	日現在
職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤 の別	専任・兼任の 別	兼任先事業所名 とその職種	当該事業所 の勤務割合	備 考		

- ※1 当該事業所に従事する全職員について、記載してください。（行が足りない場合は、複写もしくは行を追加して記載してください。）
- 2 職種は、管理者、サービス提供責任者、従業者、事務員等と記載してください。
- 3 資格は、介護福祉士、実務者研修修了者、ヘルパー1級、看護師、准看護師、無資格等と記載してください。
- 4 従業者要件や、基本報酬及び加算に関する研修修了者は、その旨を備考欄に記載してください。
- ・重度訪問介護従業者養成研修（基礎課程）（追加課程）（行動障害課程）
 - ・同行援護従業者養成研修（一般課程）（応用課程）
 - ・盲ろう者向け通訳介助員養成研修
 - ・行動援護従業者養成研修
 - ・強度行動障害支援者養成研修（基礎課程）（実践課程） 等
- 5 兼任先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してください。
- 6 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してください。（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 $10 / 40 = 0.25$ となります。）

4 職員の勤務実績（指導実施日の前月、ただし、指導実施日が1日～15日の場合は、前々月）

[illegible]

- ※1 職種は、管理者、サービス提供者、従業者、事務員等と記載してください。
- 2 暦月により1ヶ月分をまとめてください。（勤務予定表等既存資料の活用可）
- 3 各日毎に実際に勤務した時間数を記載してください。（8時間→「8」）（ただし超過勤務時間を除く）
- 4 下欄に従業員の常勤換算数を記載してください。例えば常勤者の当月勤務時間数が160時間の場合に、従業員の全員の合計勤務時間数が420時間の場合は $420 \div 160 = 2.6$ 人となります。（小数点第2位以下切り捨て）。なお、常勤の職員が、病欠や年休（有給休暇）等により欠勤している場合については、その期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤として勤務したものとして常勤換算1.0とすることができます。

5 介護給付費の請求状況（指導実施日の前月、ただし、指導実施日が1日～15日の場合は、前々月）

○居宅介護（特定事業所加算 I・II・III・IV・なし）

令和 年 月分

	利 用 実 人 員	延 べ 提供回数	介護給付費 請求額	2人ヘルパー による提供 回数(再掲)	加算回数（再掲）			初任者研修者の 計画による支援 減算回数（再掲）	同一建物等 減算回数 （再掲）	返戻・過誤額 （再掲）	返戻・過誤の理由
					夜間	早朝	深夜				
令和 年 月	人	回	円	回	回	回	回	回	回	円	

※ 介護給付費請求額欄には、利用者負担額と市町請求額との合計額について記載してください。

		指定障害福祉サービスに要した費用の額 (単位：円)		利用件数 (単位：件)	サービス提供時間（分）					利用実人員 (単位：人)
		介護給付費	利用者負担額		～30 未満	30～60	60～90	90～120	120～	
身体介護中心										
家事援助中心										
通 院 介 助	身体介護を伴う									
	身体介護を伴わない									
通院等のための乗車 又は降車の介助										
特別地域加算										
緊急時対応加算										
初回加算										
利用者負担上限額管理加算										
喀痰吸引等支援体制加算										
福祉専門職員等連携加算										
福祉・介護職員処遇改善 加算（I・II・III）										
福祉・介護職員等特定処遇改善加算（I・II）										
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算										
福祉・介護職員等処遇改善加算 （I・II・III・IV・V）										
計										

※請求を行っている加算すべてについて、件数・請求額を記載してください。（行が不足する場合は適宜追加してください。）

○重度訪問介護（特定事業所加算 I・II・III・なし）

令和 年 月 分

	利 用 実 人 員	延 べ 提 供 回 数	介護給付費 請求額	2人ヘルパー による提供 回数(再掲)	熟練従業者の 同行回数 (再掲)	加算回数(再掲)			返戻・過誤額 (再掲)	返戻・過誤の理由
						夜間	早朝	深夜		
令和 年 月	人	回	円	回	回	回	回	回	円	

※ 介護給付費請求額欄には、利用者負担額と市町請求額との合計額について記載してください。

	指定障害福祉サービスに要した費用の額 (単位：円)			利用件数 (単位：件)	サービス提供時間（分）					利用実人員 (単位：人)
					～60 未満	60～120	120～180	180～240	240～	
居宅、移動介護										
病院等入院時の支援										
移動介護加算										
移動介護緊急時支援加算										
特別地域加算										
緊急時対応加算										
初回加算										
利用者負担上限額管理加算										
喀痰吸引等支援体制加算										
行動障害支援連携加算										
入院時支援連携加算										
福祉・介護職員処遇改善 加算（I・II・III）										
福祉・介護職員等特定処遇改善加算（I・II）										
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算										
福祉・介護職員等処遇改善加算 （I・II・III・IV・V）										
計										

※請求を行っている加算すべてについて、件数・請求額を記載してください。（行が不足する場合は適宜追加してください。）

○同行援護（特定事業所加算 I・II・III・IV・なし）

令和 年 月 分

	利 用 実 人 員	延 べ 提 供 回 数	介護給付費 請求額	2人ヘルパー による提供 回数(再掲)	加算回数(再掲)			盲ろう者向け通訳・介 助員による盲ろう者 への支援回数	区分3該 当者への 支援回数	区分4該 当者への 支援回数	返戻・過誤額 (再掲)	返戻・過誤の 理由
					夜間	早朝	深夜					
令和 年 月	人	回	円	回	回	回	回	回	回	回	円	

※ 介護給付費請求額欄には、利用者負担額と市町請求額との合計額について記載してください。

	指定障害福祉サービスに要した費用の額			利用件数 (単位:件)	サービス 提供時間 (分)					利用実人員 (単位:人)
	(単位:円)	介護給付費	利用者負担額		～30 未満	30～60	60～90	90～120	120～	
同行援護										
特別地域加算										
緊急時対応加算										
初回加算										
利用者負担上限額管理加算										
喀痰吸引等支援体制加算										
福祉・介護職員処遇改善 加算 (I・II・III)										
福祉・介護職員等特定処 遇改善加算 (I・II)										
福祉・介護職員等ベース アップ等支援加算										
福祉・介護職員等処遇改善加算 (I・II・III・IV・V)										
計										

※請求を行っている加算すべてについて、件数・請求額を記載してください。（行が不足する場合は適宜追加してください。）

○行動援護（特定事業所加算 I・II・III・IV・なし）

令和 年 月 分

	利 用 実 人 員	延 べ 提供回数	介護給付費 請求額	2人ヘルパー による提供 回数(再掲)	支援計画シート等 未作成減算回数 (再掲)	返戻・過誤額 (再掲)	返戻・過誤の理由
令和 年 月	人	回	円	回	回	円	

※ 介護給付費請求額欄には、利用者負担額と市町請求額との合計額について記載してください。

	指定障害福祉サービスに要した費用の額 (単位：円)			利用件数 (単位：件)	サービス提供時間（分）					利用実人員 (単位：人)
		介護給付費	利用者負担額		～30 未満	30～60	60～90	90～120	120～	
行動援護										
特別地域加算										
緊急時対応加算										
初回加算										
利用者負担上限額管理加算										
喀痰吸引等支援体制加算										
行動障害支援指導連携加算										
福祉・介護職員処遇改善 加算（I・II・III）										
福祉・介護職員等特定処遇 改善加算（I・II）										
福祉・介護職員等ベースア ップ等支援加算										
福祉・介護職員等処遇改善加算 （I・II・III・IV・V）										
計										

※請求を行っている加算すべてについて、件数・請求額を記載してください。（行が不足する場合は適宜追加してください。）

・利用者の支給決定市町

居宅介護		重度訪問介護		同行援護		行動援護	
松山市		松山市		松山市		松山市	
今治市		今治市		今治市		今治市	
宇和島市		宇和島市		宇和島市		宇和島市	
八幡浜市		八幡浜市		八幡浜市		八幡浜市	
新居浜市		新居浜市		新居浜市		新居浜市	
西条市		西条市		西条市		西条市	
大洲市		大洲市		大洲市		大洲市	
伊予市		伊予市		伊予市		伊予市	
四国中央市		四国中央市		四国中央市		四国中央市	
西予市		西予市		西予市		西予市	
東温市		東温市		東温市		東温市	
上島町		上島町		上島町		上島町	
久万高原町		久万高原町		久万高原町		久万高原町	
松前町		松前町		松前町		松前町	
砥部町		砥部町		砥部町		砥部町	
内子町		内子町		内子町		内子町	
伊方町		伊方町		伊方町		伊方町	
松野町		松野町		松野町		松野町	
鬼北町		鬼北町		鬼北町		鬼北町	
愛南町		愛南町		愛南町		愛南町	
その他		その他		その他		その他	

※1 利用者の支給決定を行っている市町欄に「○」を記載してください。

2 「その他」欄には都道府県名及び市町名を記載してください。

6 通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供した場合の交通費の徴収状況（直近3月の状況）

	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
件数・金額	件 円	件 円	件 円

7 居宅介護計画・重度訪問介護計画・同行援護計画・行動援護計画について

(1) 計画の作成時期、作成過程、作成上の留意点等

計画の作成時期、見直し時期	
計画の作成者氏名	
計画の作成手順・方法 （関係者との協議状況等）	
相談支援事業者との相互連携の方法	
本人及び家族への説明・同意の方法	
支援員（従業者）への計画の周知方法	

(2) 計画の作成状況

利用者 番号	区分 (居宅・重度訪問・ 同行援護・行動援護)	支給決定 期 間	計画対象 期 間	(適正に処理されていれば○、不備があるときは×を記入すること)					
				アセスメント の実施	サービスの 詳細な内容 の明示	サービスを提 供する者の 氏名の明示	提供の日時と 所要時間 の明示	利用者及び同 居の家族への 交付及び説明	相談支援事業 者への交付
1									
2									
3									

※利用者全員について計画の作成状況を記載してください。（行が不足する場合は適宜追加してください）

8 苦情処理、事故発生時の対応等（前年度及び今年度の状況）※既存記録等の活用可

(1) 苦情処理の状況

苦情受付年月日	苦情の内容	苦情への具体的対応
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

(2) 緊急時・事故発生時の対応状況

事故発生年月日	事 故 等 の 内 容	事故発生等に対する具体的対応	報告等の状況
年 月 日			☐ 支給決定市町 ☐ 家族・保護者
年 月 日			☐ 支給決定市町 ☐ 家族・保護者
年 月 日			☐ 支給決定市町 ☐ 家族・保護者

9 虐待防止対策の実施状況

① 利用者に対する虐待の防止のための措置

虐待防止責任者職氏名	職 名		氏 名	
虐待防止の措置の内容				

② 虐待防止委員会等（令和４年４月１日から義務化）

委員会等の設置	☐ 設置済み（名称：　　　　　　　　　） ☐ 設置予定（　年　月　頃） ☐ 未定							
マニュアル等の整備状況	☐ 整備済み ☐ 整備予定（　年　月頃） ☐ 未定							
委員会等の開催状況 （直近の３回）	実施日	年　月　日		年　月　日		年　月　日		
委員会検討結果の 従業者周知状況	☐ 対応済み（周知日：　年　月　日） ☐ 対応予定（　年　月頃） ☐ 未対応							
研修の 実施状況 （直近の３回）	実施日	年　月　日		年　月　日		年　月　日		
	対象者							
	内容等							

10 身体拘束の実施状況（前年度及び今年度の状況）

(1) 身体拘束の実施の有無 (有 ・ 無) ※「有」の場合、以下の①②を記載してください。

① 身体拘束の実施に係る記録 (有 ・ 無)

② 実施内容

身体拘束実施年月日	身 体 拘 束 の 内 容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

* 必要に応じて適宜追加してください。（既存記録等の活用可）

(2) 身体拘束等の適正化のための対策（令和4年4月1日から義務化）

委員会等の設置	☐ 設置済み（名称： ） ☐ 設置予定（ 年 月頃） ☐ 未定					
身体拘束等の適正 対応策担当者の 設置状況	☐ 設置している（担当者職・氏名： ） ☐ 設置していない					
指針等の整備状況	☐ 整備済み ☐ 整備予定（ 年 月頃） ☐ 未定					
マニュアル等の 整備状況	☐ 整備済み ☐ 整備予定（ 年 月頃） ☐ 未定					
委員会等の開催状況 （直近の３回）	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
委員会結果の 従業者周知状況	☐ 対応済み（周知日： 年 月 日） ☐ 対応予定（ 年 月 頃） ☐ 未対応					
研修の 実施状況 （直近の３回）	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	対象者					
	内容等					

※身体拘束等の適正化のための委員会は虐待防止委員会と一体的に設置・運営可能。

11 サービス利用申込と提供の状況（前年度及び今年度の状況）

申込者にサービスを提供しなかった (できなかった)理由、件数	事後の対応等
(1) 現員で対応できないため () 件	(事後の対応)
(2) 実施地域以外からの申込のため () 件	(事後の対応)
(3) 主たる対象の障がい種類に該当 しない等、適切なサービスが提供でき ないため () 件	(適切なサービスが提供できない理由及び事後の対応)
(4) その他 () 件	(提供できない理由及び事後の対応)

12 各種委員会の設置、方針等の整備、取組状況

(1) 職場におけるハラスメント防止のための方針等

方針の整備状況	☐ 整備済み ☐ 整備予定（ 年 月頃） ☐ 未定		
相談窓口の設置	☐ 設置済み ☐ 設置予定（ 年 月頃） ☐ 未定 ☐ 研修等の実施 ☐ その他（ ）		
周知等の状況	☐ 就業規則等へ記載 ☐ 社内報、パンフレット等の資料へ掲載 ☐ 研修等の実施 ☐ その他（ ）		

(2) 業務継続計画等の策定（令和6年4月1日から義務化）

計画の策定状況	※業務継続計画の策定には、感染症に係る計画と災害に係る計画の策定が必要です。		
1、感染症に係る計画 ☐ 策定済み（策定日：____年____月____日 / 直近の計画見直し日：____年____月____日） →（策定済みの場合）業務継続計画に以下の項目等が記載されていますか。 ☐ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取り組みの実施、備蓄品の確保等） ☐ 初動対応 ☐ 感染拡大防止体制（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） ☐ 策定予定（策定予定日：____年____月頃） ☐ 未定			
2、災害に係る計画 ☐ 策定済み（策定日：____年____月____日 / 直近の計画見直し日：____年____月____日） →（策定済みの場合）業務継続計画に以下の項目等が記載されていますか。 ☐ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） ☐ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） ☐ 他施設及び地域との連携 ☐ 策定予定（策定予定日：____年____月頃） ☐ 未定			
研修・訓練等の実施状況（直近の3回）			
実施日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
対象者			
内容等			

(3) 感染症の予防・まん延の防止等のための対策（令和6年4月1日から義務化）

委員会等の設置	☐ 設置済み（名称： ） ☐ 設置予定（ 年 月頃） ☐ 未定					
感染対策担当者（責任者）の 設置状況	☐ 設置している（担当者（責任者）職・氏名： ） ☐ 設置していない					
指針等の整備状況	☐ 整備済み ☐ 整備予定（ 年 月頃） ☐ 未定					
委員会等の開催状況 （直近の３回）	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
委員会結果の 従業者周知状況	☐ 対応済み（周知日： 年 月 日） ☐ 対応予定（ 年 月 頃） ☐ 未対応					
研修・訓練等の 実施状況 （直近の３回）	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	対象者					
	内容等					

13 障害福祉サービス等情報公表

毎年度の障害福祉サービス等情報公表システムの更新（報告）	☐ 更新（報告）済み（ 年 月頃） ☐ 未実施
------------------------------	---

14 業務管理体制

業務管理体制の届出	☐ 届出済み（ 年 月頃） 法令遵守責任者 職氏名 （ ） ☐ 未実施
-----------	---

15 記録の作成及び保管状況

(1) 記録の作成・整備状況

①従業員に関する書類

書類の名称	作成（整備）の有無	作成（整備）方法	保存方法
就業規則	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員雇用契約関係書類	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員名簿	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員給与簿	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
出勤簿（タイムカード）	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
休暇簿	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
超過勤務命令簿・超過勤務記録簿等	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
出張命令簿・出張記録簿等	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員、サービス提供責任者等の資格証	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員、サービス提供責任者等の研修修了証	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
職員会議録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
職員研修記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員の健康診断結果	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
従業員の秘密保持誓約書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存

※電磁的作成とは、パソコン、スマートフォン等による文書の作成や磁気ディスク等への記録の作成等です。

※電磁的保存とは、パソコン、スマートフォン上での保存、磁気ディスク等への保存、紙媒体をスキャナで読み込みデータにより保存等です。

※必要に応じて適宜行を追加してください。

②利用者に関する書類

書類の名称	作成（整備）の有無	作成（整備）方法	保存方法
利用者名簿	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
受給者証の写し	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
アセスメントの記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
モニタリングの記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
個別支援計画策定に係る会議記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
個別支援計画	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
サービス提供記録、サービス提供証明書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
給付費明細	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
利用者負担金等の請求書・領収書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
サービス利用契約書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
重要事項説明書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
利用者情報提供についての本人等の同意書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
代理受領通知書	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存

※電磁的作成とは、パソコン、スマートフォン等による文書の作成や磁気ディスク等への記録の作成等です。

※電磁的保存とは、パソコン、スマートフォン上での保存、磁気ディスク等への保存、紙媒体をスキャナで読み込みデータにより保存等です。

※必要に応じて適宜行を追加してください。

③その他書類

書類の名称	作成（整備）の有無	作成方法	保存方法
衛生マニュアル	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
事故対応マニュアル	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
苦情処理マニュアル	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
事故対応記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
苦情対応記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
ヒヤリハット記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
身体拘束に関する記録	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
決算・事業報告に関する書類	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
給与規定	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存
設備・備品台帳	☐ 有 ☐ 無	☐ 紙媒体での作成 ☐ 電磁的作成	☐ 紙媒体での保存 ☐ 電磁的保存

※電磁的作成とは、パソコン、スマートフォン等による文書の作成や磁気ディスク等への記録の作成等です。

※電磁的保存とは、パソコン、スマートフォン上での保存、磁気ディスク等への保存、紙媒体をスキャナで読み込みデータにより保存等です。

※必要に応じて適宜行を追加してください。

(2) 電磁的方法による交付の状況

(1)の書類の中で電磁的方法による交付をしているものがある場合は、書類の名称、件数及び方法を記載してください。

書類の名称	件数	方法（電子メールで送付等）	従業員、利用者等の 承諾の有無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無

※電磁的交付とは、重要事項を記載した文書を、利用者等に電子メールで送付、事業所のホームページに掲載、磁気ディスクによる交付等を行うことです。

※必要に応じて適宜行を追加してください。