

指 導 監 査 項 目				自己点検欄	備 考
I 施設・設備の管理状況					
第1 定員及び建物等について					
1. 定員並びに建物・設備の規模及び構造に変更がある場合は、認可又は届出を行っているか。				いる・いない	
(1) 定員に変更はないか。				ある・ない	
(2) 建物・設備の規模及び構造に変更はないか。 ※変更の状況(前回指導関西語の状況等について記入すること。)				ある・ない	
区 分	認可・届出の別	許可(届出)年月日	内 容		
定 員	認 可 ・ 届 出				
建物・設備の 規模及び構造	認 可 ・ 届 出				
	認 可 ・ 届 出				
(3) 施設・設備基準等について					
ア 最低基準を欠いている設備基準はないか。				ある・ない	
イ 目的外に使用している施設又は設備はないか。				ある・ない	
ウ 定員を超えている居室はないか。				ある・ない	
※基準を欠いている施設・設備等の状況					
施設・設備等種類	基 準	現 状	今 後 の 対 応		
(4) 施設に介護保険事業所を併設しているか。				ある・ない	
※併設する介護保険事業所の状況					
事 業 名	事 業 所 名	指定年月日	利用定員		

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
II 施設運営		
第1 適切な入所者処遇の確保		
<p>施設の処遇について、個人の尊厳の保持を旨とし、入所者の意向、希望等を尊重するよう配慮しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>施設の管理の都合により、入所者の生活を不当に制限していないか。</p>	<p>いる・いない</p>	
1 入所者処遇の充実		
<p>(1) 処遇計画を適切に策定しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>ア 処遇計画は、日常生活動作能力、心理状態、家族関係及び所内生活態度等についての定期的調査結果及び入所者本人等の希望に基づいて作成しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>イ 処遇計画は、入所後、適切な時期に、ケース会議の検討結果等を踏まえた上で策定され、必要に応じて見直しを行っているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>ウ 処遇計画は医師、理学療法士等の専門的なアドバイスを得て策定され、かつ実践に努めているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>エ 入所者の処遇記録等を整備しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>オ 身体拘束や権利侵害が行われていないか</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>(2) 機能訓練は、必要な者に対して適切に行われているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>(3) 適切な給食を提供するように努めているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>ア 必要な栄養所要量を確保しているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>イ 嗜好調査、残食（菜）調査、検食等を適切に行い、その結果を献立に反映するなどの工夫をしているか。</p>	<p>いる・いない</p>	
<p>ウ 検食は、適切な時間に行われているか。（原則として食事前となっているか。）</p>	<p>いる・いない</p>	

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
エ 検食は、各職種職員の交替により実施しているか。	いる・いない	
オ 入所者の身体状況に合わせた調理内容となっているか。	いる・いない	
カ 食事の時間は、家庭生活に近い時間となっているか。	いる・いない	
キ 特に夕食は早くても17時以降となっているか。 朝食： 時 分 昼食： 時 分 夕食： 時 分	いる・いない	
ク 保存食は、一定期間（2週間）適切な方法（冷凍保存）で保管しているか。	いる・いない	
ケ 原材料についても、すべて保存してあるか。	いる・いない	
コ 食器類の衛生管理に努めているか。	いる・いない	
サ 給食関係者の検便は、適切に実施しているか。 年 回	いる・いない	
(4) 入所者の入浴又は清拭は、1週間に少なくとも2回以上行っているか。 実施回数 回／週 入浴日が行事日・祝日等にあった場合の取扱 ※具体的にお書きください。(例：代替日を設けて実施する等) ()	いる・いない	
(5) 入所者の状態に応じた排泄及びおむつ交換を適切に行っているか。	いる・いない	
ア 排泄の自立について、その努力をしているか。	いる・いない	
イ トイレ等は入所者の特性に応じた工夫をしているか。	いる・いない	
ウ 排泄時の換気、保温及びプライバシーの確保について配慮をしているか。	いる・いない	

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考															
(6) 衛生的な被服及び寝具が確保されるよう努めているか。起床後着替えもせず寝巻きのままとなっていないか。	いる・いない																
(7) 医学的管理は、適切に行われているか。	いる・いない																
<p>ア 定期の健康診断、衛生管理及び感染症等に対する対策は適切に行われているか。</p> <p>特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、国通知等に基づき、適切な措置を講じているか。</p>	いる・いない																
<p>イ 施設の種別、入所定員の規模別に応じて、必要な医師、嘱託医がおかれているか。(必要な日数、時間が確保されているか。)また、個々の入所者の身体状態・症状等に応じて、医師、嘱託医による必要な医学的管理が行われ、看護師等への指示が適切に行われているか。</p>	いる・いない																
<p>ウ 急病等の場合の緊急連絡体制が整備されているか。</p>	いる・いない																
<p>エ 医療機関との長期的な協力体制が確立されているか。</p>	いる・いない																
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1279 683 1339">医療機関名</th> <th data-bbox="683 1279 1062 1339">診療科目</th> <th data-bbox="1062 1279 1417 1339">提携年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1339 683 1400"></td> <td data-bbox="683 1339 1062 1400"></td> <td data-bbox="1062 1339 1417 1400"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1400 683 1460"></td> <td data-bbox="683 1400 1062 1460"></td> <td data-bbox="1062 1400 1417 1460"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1460 683 1520"></td> <td data-bbox="683 1460 1062 1520"></td> <td data-bbox="1062 1460 1417 1520"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1520 683 1581"></td> <td data-bbox="683 1520 1062 1581"></td> <td data-bbox="1062 1520 1417 1581"></td> </tr> </tbody> </table>	医療機関名	診療科目	提携年月日														
医療機関名	診療科目	提携年月日															
(8) レクリエーションの実施等が適切になされているか。	いる・いない																
(9) 家族との連携に積極的に努めているか。	いる・いない																
<p>ア 入所者や家族からの相談に応じる体制がとられているか。相談に対して適切な助言、援助が行われているか。</p>	いる・いない																
<p>イ 居宅生活への移行が期待できる者や通所事業の実施に当たっては、実施機関及び家族との連携を図るなど適切に対応されているか。</p>	いる・いない																

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
(10) 入所者の入退所及び処遇計画策定の際に、必要に応じて実施機関との連携を図っているか。	いる・いない	
(11) 子どもに係る給付金として支払を受けた金銭の管理が適切に行われているか。	いる・いない	
2 入所者の生活環境等の確保		
ア 入所者が安全・快適に生活できる広さ、構造、設備となっているか。	いる・いない	
イ 障害に応じた配慮がなされているか。	いる・いない	
ウ 居室等が設備及び運営基準にあった構造になっているか。	いる・いない	
エ 居室等の清掃、衛生管理、保湿、換気、採光及び証明は適切になされているか。	いる・いない	
オ 各居室、便所等必要な場所にカーテン等を設置し、入所者のプライバシーが守られるよう配慮されているか。	いる・いない	
カ 各居室、便所等必要な場所にナースコールを設置し、円滑に作動するか。	いる・いない	
3 自立、自活等への支援援助		
(1) 救護・更生施設関係		
ア 機能を回復し又は機能の後退を防止するための訓練や作業は、障害者施策等の活用も十分検討した上で、入所者の状況に即した計画を作成し、適切に実施しているか。	いる・いない	
イ また、参加促進のための工夫が行われているか。	いる・いない	
ウ 施設からの退所が可能な者について、保護の実施機関と調整の上、他法他施策の活用を検討しているか。	いる・いない	
エ 入所者等の個別の状況の変化等について、保護の実施機関に随時連絡を行っているか。	いる・いない	
(2) 授産施設関係		

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
ア 利用者ごとの更生計画を組織的に検討し、適切に実施されているか。	いる・いない	
イ 作業環境、安全管理を適切に行っているか。	いる・いない	
ウ 作業の内容、作業時間は入所者の身体的状況を勘案した適正なものになっているか。	いる・いない	
エ 作業能力評価が適切に行われ、必要に応じて授産科目の見直し等を行っているか。	いる・いない	
オ 利用者の作業記録を適切に記録しているか。	いる・いない	
カ 授産事業に係る収入・支出は、授産事業会計により適正に処理されているか。	いる・いない	
キ 工賃の支払いを適正に行なっているか。	いる・いない	
第2 社会福祉施設運営の適正実施の確保		
1 施設の運営管理体制の確立		
健全な環境のもとで、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な運営を行うよう努めているか。	いる・いない	
(1) 入所定員及び居室の定員を遵守しているか。	いる・いない	
(2) 必要な諸規程は、整備されているか。 管理規程、経理規程等必要な規程が整備され、当該規程に基づいた適切な運用がなされているか。	いる・いない	
(3) 施設運営に必要な帳簿は整備されているか。	いる・いない	
(4) 直接処遇職員等は、配置基準に基づく必要な職員が確保されているか。	いる・いない	
ア 通所事業等を実施する施設にあつては、指導員等の加配が行われているか。	いる・いない	
イ 各種加算に見合う職員が配置されているか。	いる・いない	

指 導 監 査 項 目		自己点検欄	備 考																				
(5) 施設の職員は、専ら当該施設の職務に従事しているか。		いる・いない																					
(6) 施設長に適任者が配置されているか。		いる・いない																					
ア 施設長の資格要件は満たされているか。		いる・いない																					
<table border="1"> <tr> <td>氏 名</td> <td>(歳)</td> <td>施 設 長 就任年月日</td> <td>年 月 日 就 任</td> </tr> <tr> <td>社会福祉施設 勤 務 歴</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>社会福祉施設長 資格認定講習 受 講 状 況</td> <td>(年 度)</td> <td colspan="2">受講済み</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">受講中</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">受講予定</td> </tr> </table>		氏 名		(歳)	施 設 長 就任年月日	年 月 日 就 任	社会福祉施設 勤 務 歴				社会福祉施設長 資格認定講習 受 講 状 況	(年 度)	受講済み				受講中				受講予定		
氏 名	(歳)	施 設 長 就任年月日	年 月 日 就 任																				
社会福祉施設 勤 務 歴																							
社会福祉施設長 資格認定講習 受 講 状 況	(年 度)	受講済み																					
		受講中																					
		受講予定																					
イ 施設長は専任者が確保されているか。		いる・いない																					
施設長がやむなく他の役職を兼務している場合は、施設の運営管理に支障が生じないような体制がとられているか。		いる・いない																					
※ 他の施設長を兼務																							
<table border="1"> <tr> <td>施 設 種 別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施 設 等 の 名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>役 職 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>設 置 主 体</td> <td></td> </tr> <tr> <td>同一敷地の内外設置の別</td> <td></td> </tr> </table>		施 設 種 別			施 設 等 の 名 称		役 職 名		設 置 主 体		同一敷地の内外設置の別												
施 設 種 別																							
施 設 等 の 名 称																							
役 職 名																							
設 置 主 体																							
同一敷地の内外設置の別																							
※ 他の業務等(報酬等があるもの)																							
<table border="1"> <tr> <td>職 種</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会 社 名 等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>役 職 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>勤 務 日 数</td> <td>1 か月 約 日 / 1日 時間</td> </tr> </table>		職 種		会 社 名 等		役 職 名		勤 務 日 数	1 か月 約 日 / 1日 時間														
職 種																							
会 社 名 等																							
役 職 名																							
勤 務 日 数	1 か月 約 日 / 1日 時間																						
(7) 生活指導員の資格要件は満たされているか。		いる・いない																					
(8) 育児休業、産休等代替職員は確保されているか。		いる・いない																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>育休・産休の別</th> <th>職員の職・氏名</th> <th>期 間</th> <th>代替の有無</th> <th>代替の職員名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				育休・産休の別	職員の職・氏名	期 間	代替の有無	代替の職員名															
育休・産休の別	職員の職・氏名	期 間	代替の有無	代替の職員名																			

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
(9) 施設設備は、適正に整備されているか。 また、建物、設備の維持管理は適切に行われているか。	いる・いない	
(10) 運営費は適正に運用され、また弾力運用も別途通知に基づき適正に行われているか。	いる・いない	
(11) 施設設備を地域に開放し、地域との連携が深められているか。	いる・いない	
(12) その他の施設運営に関する事項		
ア 施設運営に関する自主的内部点検が行われているか。	いる・いない	
イ 市町村、保健所、医療機関、社会福祉協議会等との連携は、適切に行われているか。	いる・いない	
2 必要な職員の確保と職員処遇の充実		
(1) 適正化給与水準の確保		
ア 給与水準は、施設所在地の地方公共団体等の給与水準を勘案する等妥当なものとなっているか。	いる・いない	
イ 施設長等施設の幹部職員の給与が、当該施設の給与水準に比較して極めて高額となっていないか。	いる・いない	
ウ 給与規程に初任給格付基準表、前歴換算表、標準職務表が整備され、給与格付、昇格、昇給、各種諸手当の支給は適正に行なわれているか。 また、非常勤職員等に対する雇用契約、賃金の支払い等が適正に行われているか。	いる・いない	
(2) 労働時間の短縮等労働条件の改善		
ア 労働基準法等関係法規は、遵守されているか。	いる・いない	
イ 週40時間の労働時間が守られているか。	いる・いない	
ウ 各種休暇等の取扱いは、適切に行われているか。	いる・いない	
エ 夜勤、宿日直の取扱いは、適切に行われているか。	いる・いない	

指 導 監 査 項 目	自己点検欄	備 考
オ 介護職員等の夜間勤務を行う者について、長時間勤務の解消について努力しているか。	いる・いない	
カ 職員への健康管理は、適正に実施されているか。	いる・いない	
(3) 業務体制の確立と業務省力化の推進のための努力について		
ア 職員の所掌事務が明確にされ、それが有機的に機能しているか。	いる・いない	
イ 専門職員、非常勤職員等各種の職員の組み合わせによるなど効率的な業務体制を確立するよう努めているか。	いる・いない	
ウ 介護機器、業務省力化機器の導入及び業務の外部委託の推進等による業務の省力化に努めているか。	いる・いない	
(4) 職員研修等資質向上対策について、その推進について		
ア 施設内研修及び外部研修への参加が計画的に行われているか。	いる・いない	
イ 介護福祉士等への資格取得について配慮しているか。	いる・いない	
(5) 職員の確保及び定着化について積極的な取組み		
ア 職員の計画的な採用に努めているか。	いる・いない	
イ また、養成施設に対する働きかけは積極的に行われているか。	いる・いない	
ウ 労働条件の改善等に配慮し、定着促進及び離職防止に努めているか。	いる・いない	
エ 職員に対するレクリエーションの実施など士気高揚策の充実に努めているか。	いる・いない	

3 災害対策について

(1) 防火管理者の選任及び届出

- ① 防火管理者を選任しているか。 (いる・いない)
- ② 防火管理者の届出を行っているか。 (いる・いない)

(2) 具体的な消防計画を樹立し、消防署に届出を行っていること。 (いる・いない)

- ① 火災に限らず、地震、台風、水害等に対する災害計画が作成されているか。 (いる・いない)
- ② 非常災害に対処する組織的活動体制が確立されているか。 (いる・いない)

<防火管理者及び消防計画の状況>

防火 管 理 者	職 名		防 火 管 理 者	年 月 日
	氏 名		講 習 会 の 受 講	受 講
選 任 年 月 日	年 月 日	年 月 日	消 防 署 へ の 届 出 年 月 日	年 月 日 届 出
	選 任			
消 防 計 画	計 画 の 作 成 年 月 日	年 月 日	消 防 署 へ の 届 出 年 月 日	年 月 日 届 出
	作 成			
	職 員 へ の 周 知 状 況		地 域 防 火 組 織 と の 連 係 状 況	

(注) 「地域防火組織との関係状況」は、具体的対策があれば記入すること。

(3) 消防計画等に基づき、消防・防災訓練が適正に行われ、記録が整備されていること。

- ① 消火訓練及び避難訓練は年3回以上実施しているか。 (いる・いない)
- ② そのうち、夜間訓練又は夜間を想定した訓練を実施しているか。 (いる・いない)
- ③ 訓練を実施する場合、消防署へ事前に通報しているか。 (いる・いない)
- ④ 消防器具の自主点検は定期的に行っているか。 (いる・いない)
- ⑤ 消防器具の点検結果を消防機関へ報告しているか。 (いる・いない)

<消防・防災訓練の状況> (前年度実績を記入すること。)

区 分		4月	5	6	7	8	9	10	11	12	／1	2	3	計
消 防 訓 練	実 施 日													
	実 施 内 容	避 難												
		救 助												
		通 報												
	消 火													
	消防署の立会													
その他の防災訓練 ()														

- (注) 1 消防訓練、その他の防災訓練について、該当欄に○印を付し、記録のあるものは、実施日を○で囲むこと。
2 夜間訓練(想定を含む。)の場合は、Ⓢと記入すること。

<消防用設備等の自主点検状況>

区 分	防火管理者に よる点検	業 者 に よ る 点 検			備 考
		点検の有無	業者名	契約書の有無	
消火設備	有・無	有・無		有・無	消防機関への 報告：有・無 有の場合 年 月 日
警報設備	有・無	有・無		有・無	
避難設備	有・無	有・無		有・無	
その他 ()	有・無	有・無		有・無	

(4) 防災設備等は、法令に基づいて整備されていること。(消防法第17条)

① 設備を欠いている設備等はないか。

(ある・ない)

<防災設備等の状況>

施設・設備		消防法令等 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 (ヶ所) ・ 無
	避難口 (非常口)	有・無	有 (ヶ所) ・ 無
	居室、廊下、階段等の内装材料	有・無	適 ・ 不適
	防火扉、防火シャッター	有・無	有 (ヶ所) ・ 無
消 防 用 設 備	消火器	有・無	有 (ヶ所) ・ 無
	屋内消火栓設備	有・無	有 (ヶ所) ・ 無
	屋外消火栓設備	有・無	有 (ヶ所) ・ 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
	漏電火災報知器	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 (ヶ所) ・ 無
	誘導灯及び誘導標識	有・無	有 (ヶ所) ・ 無
	防火用水	有・無	有 ・ 無
特殊消火設備	有・無	有 ・ 無	
カーテン、布製ブラインド等の防災性能		有・無	有 ・ 無
ガス漏れ警報機		有・無	有 (ヶ所) ・ 無

(5) 消防署の立入検査の際の指摘事項が改善されていること。

- ① 指摘事項はないか。 (ある・ない)
- ② 指摘事項がある場合、改善されているか。 (ある・ない)

消防署の立入検査 の実施年月日（直 近のもの）	年 月 日	所轄消防署名	
改 善 指 示 の 内 容		改	消防署に対する改善報告年月日 年 月 日
		善 状 況	

(注) 項目が多い場合は、消防署に対する改善状況報告書を添付し、「別紙のとおり」と記入すること。

(6) 非常時の際の連絡・避難体制及び地域の協力体制は、確保されているか。 (いる・いない)

(7) また、非常食等の必要な物資が確保されているか。 (いる・いない)

4 事故防止対策等について

(1) 事故防止及び安全対策

施設内における事故防止及び安全確保のための対策について、検討・点検 がなされていること

- ① 積極的な検討・点検がなされているか。 (いる・いない)
- ② 具体的な対策として、どのようなことを行っていますか。 (いる・いない)

※ 該当する項目に○を記入してください。

項 目	確 認 欄
委員会等の設置	
マニュアルの作成	
ヒヤリハット報告作成	
その他 ()	

(2) 事故等の発生状況

施設の運営又は入所者処遇にあたって、事故等があった場合、その後の処理及び対策が適切に行われていること。

- ① 入所者等の事故はなかったか。 (ある・ない)
- ② 事故又は事件は記録されているか。 (ある・ない)
- ③ 県、市町村、入所者の家族等への報告は行われているか。 (いる・いない)

5 秘密の保持について

(1) 職員の秘密保持のための措置

- ① 利用者又は家族の個人情報の管理、保護に関して規定しているか。 (いる・いない)
- ② 利用者の援助のために、他の機関に個人情報を提供する場合、あらかじめ利用者等への説明、同意を得ているか。 (いる・いない)
- ③ 職員に対して、個人情報の管理、保護等に関する研修、指導等を行っているか。 (いる・いない)

(2) 職員の退職後の措置

職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき措置を講じているか。 (いる・いない)

6 情報開示の状況

(1) 会計に係る情報の開示

- ① 事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書等は、備えてあるか。 (ある・ない)
- ② 関係書類は、自主的に公表しているか。 (いる・いない)
公表の方法に○印をつけること。
[会報・新聞・法人事務所における閲覧・その他 ()]
- ③ 関係書類を閲覧に供した実績があるか。 (ある・ない)
- ④ 閲覧・公表の実績がある場合は、監査直近までの実績を下記に適宜記載すること。

年 度	閲覧・公表件数	閲覧・公表の項目 (該当するものに○)
年度	件	事業報告書・財産目録・貸借対照表・収支計算書・監事監査の意見書・その他 ()
年度	件	事業報告書・財産目録・貸借対照表・収支計算書・監事監査の意見書・その他 ()
年 月現在	件	事業報告書・財産目録・貸借対照表・収支計算書・監事監査の意見書・その他 ()

(2) 福祉サービスに係る情報の開示

- ① 社会福祉事業に関する情報の提供を適切に行っているか。 (いる・いない)
- ② どのような方法で提供しているか。
[会報・新聞・法人事務所における閲覧・その他 ()]

7 福祉サービスの質の向上のための措置等

(1) 福祉サービスの質の評価を行い、サービスの質の向上を図るための措置を講じているか。
(いる・いない)

(2) どのような措置を講じていますか。

① 外部評価（第三者評価機関）を実施しているか。(いる・いない)

② 外部評価以外で、どのような措置を講じているか。(具体的に記載してください。)

[]

— 以下、上記①で「いる」の場合のみ記入 —

③ 評価機関名 ()

④ 外部評価の結果を公表しているか。(いる・いない)

⑤ 公表している場合、どのような方法で公表していますか。

[]

8 社会福祉事業の経営者による苦情の解決

(1) 仕組みへの取組み

社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない。(社会福祉法第82条)

① 福祉サービスに関する苦情解決の仕組みへの取組みが行われているか。
(いる・いない)

② 苦情を受け付けるための窓口等を設置するなど苦情解決に適切な対応をしているか。
(いる・いない)

③ 家族との連携に積極的に努めているか。(いる・いない)

④ 入所者や家族からの相談に応じる体制及び適切な助言、援助が行われているか。
(いる・いない)

⑤ 苦情解決体制

区 分		備 考
苦情解決に関する規程	有・無	
苦情解決責任者	有・無	職名 氏名
苦情受付担当者	有・無	職名 氏名
第三者委員（2名以上）	有・無	

⑥ 苦情解決体制について、施設内に掲示しているか。 (いる・いない)

(2) 苦情処理の状況

① 処理状況

区 分	前 年 度 未処理件数 A	受付件数 B	処理件数 C	未処理件数 A+B-C	第三者委 員への報 告の有無
前年度（ 年度）					
年 月 末現在					

② 未処理の理由

(3) 苦情処理状況の公表

① 苦情処理の結果について、公表していますか。 (いる・いない)

② 公表している場合、公表内容及び方法は。