

記載に当たっての注意事項<全般>


- ・ 塗りつぶしになっている部分は入力不要ですので、白欄の部分のみ記載ください。
- ・ 各項目の右上に記載されている「対象期間又は基準日」の実績を記載ください。
- ・ 「対象サービス」が記載されている項目は、該当する事業所のみ、記載ください。
- ・ その他、各項目の注意事項に沿って、記載ください。
- ・ 提出後、選考の過程で、訪問調査を実施し、実績確認等を行う場合がありますので、記載内容を十分確認の上、提出ください。

第2号様式

サービスの質の向上、人材育成・処遇改善に係る取組実績

事業所番号	14〇〇〇〇〇〇〇〇
事業所名	特別養護老人ホームかながわ

《優良介護サービス事業所「かながわ認証」に関する要綱に基づく認証の有無》

認証の有無	(有の場合)	認証事業所番号	認証の有効期限
有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>		20-(1)-040010	令和6年3月31日

- ・ 認証事業所番号は半角にて文字記入してください。(入力例: 20-(1)-040010)
- ・ 認証の有効期限は和暦で入力してください(入力例: 令和6)
登録された後は上記の様に和暦にて表示されます。

実績の記載にあたって

- すでに「かながわ認証」を受けている事業所についても、記載が必要な項目すべてにご回答ください。

1 サービスの質の向上に係る成果・取組内容

- ・第3号様式を作成した後に、第3号様式の右下の合計欄をこの項目に記載してください。
- ・要介護度5の利用者であって、更新・変更認定後も維持した者は除いてください。
- ・当該事業所のサービスを3か月以上利用した後に更新・変更認定を受けた者を対象としてください。

(1) 要介護度の維持・改善

対象期間 令和04年04月01日～令和05年03月31日

当該事業所のサービスを3か月以上利用している者のうち、対象期間内に更新・変更認定を受けた者 (要介護度5の利用者であって、更新・変更認定後も維持した者を除く。)	3	名
うち、要介護度の改善者数	1	名
うち、要介護度の維持者数	1	名
要介護度の維持・改善率	1.000	

※「要介護度の維持・改善に係る評価対象利用者（入所者）名簿（第3号様式）」を作成の上、記入してください。

この項目は、通所系サービス（（看護）小規模多機能型居宅介護事業所以外）の方のみ記載してください。

(2) リハビリテーションの充実

該当サービス 通所系サービス
(小規模多機能型居宅介護を除く)
基準日 令和4年4月1日

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
機能訓練指導員	人	人	人	人	0人	人
理学療法士	人	人	人	人	0人	人
作業療法士	人	人	人	人	0人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	0人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間	

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※看護師と機能訓練指導員を兼務する場合等は、それぞれの職種における勤務延時間数を算入してください。

従業員に関する内容の記載に当たっては、以下の内容を確認ください。

<実人数について>

- ・ 実人数は、常勤及び非常勤の勤務形態別に、当該業務に係る専従及び非専従に該当する者及びその合計の人数を記載してください。また、それぞれ常勤換算人数を記載してください。

<常勤・非常勤の勤務形態について>

- ・ 「常勤」とは、当該事業所で定める『常勤が勤務すべき時間数』勤務している者を指します。正規職員、非正規職員（派遣労働者、パートタイム労働者）の別は問いません。
- ・ 当該事業所に併設される事業所の職務、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務する場合（ともに同一法人である場合に限る）は、それぞれに係る時間数を足して『常勤が勤務すべき時間数』に達していれば、当該職員は「常勤」となります。
- ・ 「非常勤」とは、『常勤が勤務すべき時間数』を下回る勤務時間数の者を指します。

<専従・非専従について>

- ・ 「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者を指します。
- ・ 「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所業務を兼務している者を指します。
- ・ 介護老人福祉施設と短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護等、複数の指定を受け、一体的に運営している事業所の従業者は、勤務実態に係わらず、複数サービスを「兼務」している者として扱いますので、全て「非専従」となります。

<常勤換算人数について>

- ・ 常勤換算人数は自動計算されませんので、全ての職種で計算し、記載してください。
- ・ 行政に提出する常勤換算方法で記載してください。勤務形態一覧表を参考。

<その他>

- ・ 従業者の実人数について、数職種を兼務している場合、兼務している職種欄全てに人数を記載してください。その際、時間案分せず職種欄全てに「1(整数)」と記載してください。
- ・ 管理者は「従業者」に含まれません。管理者が他の職種を兼務している場合のみ『常勤・非専従』として、該当する職種に、人数を記載してください。

<1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数について>

- ・ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数は、常勤換算方法により用いた常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数を記載してください。なお、職種により常勤の従業者が勤務すべき時間数が異なる場合には、主な職種の常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載してください。

この項目は、介護老人保健施設のみ記載してください。
 自宅等に含まれない場合（死亡者を除く）は、「その他(介護保険施設、医療機関等)」に記載し、対象期間内の退所者数を記載してください。

(3) 在宅復帰

該当サービス	介護老人保健施設
対象期間	令和04年04月01日～令和05年03月31日

退所先	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	人	人	0人
その他 (介護保険施設、医療機関等)	人	人	人	人	人	人	人	0人
死亡者	人	人	人	人	人	人	人	0人
合計(死亡者除く)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
対象期間に退所した者のうち、自宅等に退所した者の割合							#DIV/0!	

※自宅等とは、「自宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス」とします。

こちらの項目は、訪問系、通所系（小規模多機能型居宅介護）、居住系、入所系サービス（老健を除く）についての方が記入が必要です。

(4) 看取りへの対応

該当サービス	訪問系、通所系（小規模多機能型居宅介護） 居住系、入所系（老健を除く）
対象期間	令和04年04月01日～令和05年03月31日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	体制又は実績の有無
24時間連絡できる体制（24時間連絡体制）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取りに関する指針の策定又は利用者個々に看取り介護に係る計画の作成	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取り介護に係る技術向上（看取り研修の実施状況）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取り介護実施実績（看取り件数）	3 件

4月1日時点での契約者について要支援者の数も含めて、記載してください。

(5) 中重度要介護者の対応

基準日	令和4年4月1日
-----	----------

利用(入所)定員								80 人
介護サービスの入所者への提供実績	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	0 人	0 人	0 人	0 人	20 人	25 人	35 人	80 人
入所者の平均要介護度 (要支援を除く)		4.188						

(6) 認知症高齢者への対応

基準日	令和4年4月1日
-----	----------

利用者の人数		80 名
うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者数		70 名
基準日時点の認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の受入割合	87.50%	

チェック欄に当てはまる取組を実施している場合は、チェックをしてください。
 ※コグニサイズ取組はコグニサイズに基いた取組に限ります。独自の認知症予防は該当しません。

(7) 取組内容や支援方法の内容等

対象期間 令和04年04月01日～令和05年03月31日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	取組の有無
県が作成した高齢者虐待防止に関する資料・教材を活用し、全従業者を対象とした研修を実施	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
認知症の未病改善予防と健康の維持向上を目的に、コグニサイズ取組を実施	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
介護ロボットの導入等、神奈川県「人の力のみで抱え上げない介護・看護」の実践	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>

令和5年度から変更しています。
 サービスの質の向上に関する取組のうち、先駆性・独自性のある取組内容や事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容を記載してください。

【先駆性・独自性のあるサービスの質の向上に関する取組内容】

- ・サービスの質の向上に係る取組のうち、先駆性・独自性のある取組内容や事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容を記載してください。
- ・評価項目に含まれない（コロナ対応等）についても、サービスの質の向上に関して、特に力を入れて取り組んでいる内容があれば記載できます。

取組内容	成果
<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症でも自由な外出をさせてほしいとのご家族の要望に応えるため、受け入れ認知症外出システムを作成した。 ・看護職員が中心となり施設独自のアロマセラピー研修会を開催した。 ・咽喉マイクでの嚥下評価バージョンアップし、嚥下音等3種類の音を聞くことに変更した。 ・事業所の委員が中心となり、モニタリングを行い身体拘束に繋がらないようスタッフとケア内容について、検討会を2週に1回行っている。 	<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入前の施設では脱走してしまうことが多かった方が、今では近隣を単独で外出しても戻ってこれるようになった。 ・アロマセラピー研修会の実施により、面会に来られたご家族にも喜ばれている。 ・小さい異音まで聞き取り可能となり、管理栄養士とケアワーカーとの間で、食事介助に関する相談・報告が増え、利用者の状況把握に繋がった。 ・日々の対応が不適切かを再確認でき、現場に沿った検討会を開催することで、グレーゾーンをそのままにせず話し合い、未然に防ぐことに繋がっている。

※必要に応じて、枠を拡げてください。
 ※枠内への記載のほか、資料を添付いただいても構いません。

2 人材育成・処遇改善等に係る成果・取組内容

離職率とは、

「1年間の離職者数÷前年度末（3月31日）時点の在籍者×100」としています。
 ※同一年度内で入職・離職をされた職員も離職者に含まれます。

介護職員等とは、

「利用者に直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（保健師、看護師又は准看護師）」となりますので、その実績を記載してください。

（1）介護職員等の離職率

過去3年度の実績		基準日		過去3年度	
		常勤	非常勤	合計	離職率
令和2年度	令和2年3月31日時点の在籍者数	34人	21人	55人	16.36%
	1年間の離職（退職）者数	7人	2人	9人	
令和3年度	令和3年3月31日時点の在籍者数	33人	24人	57人	5.26%
	1年間の離職（退職）者数	2人	1人	3人	
令和4年度	令和4年3月31日時点の在籍者数	34人	22人	56人	12.50%
	1年間の離職（退職）者数	5人	2人	7人	
過去3年度の離職率 (過去3年度の平均)		11.38%			

※介護職員等とは、利用者に直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（保健師、看護師又は准看護師））を言います。

※在籍者数は、時点の介護職員等の人数を記載してください。

<経験年数について> 原則、応募事業所における経験年数です。

- ・ 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所での経験年数を通算することができます。
- ・ また、事業所の合併又は別法人による事業の継承の場合であって、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができます。

(2) 介護職員等の勤続年数

	基準日				令和4年4月1日
	常勤		非常勤		合計
	専従	非専従	専従	非専従	
1年未満の者の人数	0人	5人	0人	1人	6人
1年～3年未満の者の人数	0人	8人	0人	7人	15人
3年～5年未満の者の人数	0人	6人	0人	4人	10人
5年～10年未満の者の人数	0人	5人	0人	7人	12人
10年以上の者の人数	0人	10人	0人	3人	13人
合計	0人	34人	0人	22人	56人
介護職員等のうち、3年以上の勤続年数のある者の割合					62.50%

※介護職員等とは、利用者に直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（保健師、看護師又は准看護師））を言います。

・ 介護職員のみ的人数です。

・ 介護職員（総数）は保有資格数とは異なります。合計と一致する必要はございません。

介護職員的人数を記入してください。

・ 一人の介護職員が複数の資格を持っている場合は、すべての項目に記入してください。

・ ヘルパー2級は初任者研修として記入してください。それ以外の該当しない資格は記入できません。

(3) 介護職員が有している資格

	該当サービス				通所系、居住系、入所系
	基準日				令和4年4月1日
	常勤		非常勤		合計
専従	非専従	専従	非専従		
介護職員（総数）	0人	34人	0人	22人	56人
介護福祉士	0人	17人	0人	12人	29人
実務者研修	0人	3人	0人	0人	3人
介護職員初任者研修	0人	25人	0人	22人	47人
介護支援専門員	0人	0人	0人	0人	0人
合計	0人	45人	0人	34人	79人
介護職員のうち、介護福祉士の割合					51.79%

介護職員等を対象とした研修について、記載してください。

ア 外部研修（労働時間内に介護職員等が受講した研修）

- 対象期間内に介護職員等が受講した外部研修について、記載してください。
- ただし、介護職員自らが休暇等をとって受講した研修、受講が義務付けられている研修（法定研修）は除きます。
- すでに記載されている研修以外に、受講している研修がある場合は、行を追加して、研修名等を記載してください。
- 研修日数は、1日研修（4時間以上）の場合は、「1」、半日研修（4時間未満）は「0.5」と記載してください。

イ 内部研修（外部講師を招いて実施したもの等）（カンファレンス等は除く）

- 外部講師による研修のほか、外部研修に参加した職員が講師となる伝達研修等、施設内の介護関係職種を対象に管理者が開催を認めた研修とします。

（４）研修の実施状況

対象期間 令和04年04月01日～令和05年03月31日

ア 外部研修（研修の実施状況について、記載してください。）

研修名	研修実施機関	受講年月	受講者数 (①)	研修日数 (②)	延べ受講者数 [人×日] ③ (①×②)
認知症介護実践者研修			人	日	0人
認知症介護実践リーダー研修			人	日	0人
認知症介護指導者養成研修			人	日	0人
認知症介護指導者フォローアップ研修	県（認知症介護研究・研修東京センター）	令和4年5月	1人	5日	5人
看護指導者養成研修			人	日	0人
看護実務者研修			人	日	0人
看護実務基礎研修			人	日	0人
業務改善等研修会					0人
苦情解決研修					0人
主任介護支援専門員研修					0人
介護職員初任者研修					0人
実務者研修					0人
ファーストステップ研修					0人
喀痰吸引等研修（1号）					0人
喀痰吸引等研修（2号）					0人
喀痰吸引等研修（3号）			人	日	0人
介護技術講習指導者研修	県介護福祉士会	令和4年8月	3人	1日	3人
（研修名）			人	日	0人
（研修名）			人	日	0人
（研修名）			人	日	0人
（研修名）			人	日	0人
合計					8人

すでに記載されている研修以外に、受講している研修がある場合は、行を追加して、研修名等を記載ください。研修名は（研修名）に上書きして構いません。「その他」として複数の研修をまとめる事はできません。

イ 内部研修（外部講師を招いて実施したもの等）（カンファレンス等は除く）						
研修名	研修実施機関	受講年月	受講者数 (④)	研修時間 (⑤)	延べ受講者数 [人×時間] ⑥(④×⑤)	
ターミナルケア研修	□□大学○○ ○○	令和4年6月	15人	2時間	30人	
自立に向けた食事介助	県介護福祉士会○○ ○○	令和4年8月	14人	3時間	42人	
接遇に関する研修	(株) □□○○ ○○	令和4年12月	20人	2.5時間	50人	
ターミナルケア伝達研修	施設長伝達研修	令和5年2月	17人	3時間	51人	
			人	時間	0人	
			人	時間	0人	
合計					173人	
ウ 外部研修受講率						
延べ受講者数 [人×日] ③	8	介護職員等の総数 ⑦	56	介護職員等に対する 研修受講率 (③÷⑦)	0.14	
エ 内部研修受講率						
延べ受講者数 [人×時間] ⑥	173	延べ受講者数 [人×日] ⑧	28.83	介護職員等に対する 研修受講率 (⑧÷⑦)	0.51	
オ 外部・内部研修受講率						
延べ受講者数 [人×日] ⑨(③+⑧)	36.83	介護職員等に対する 研修受講率 (⑨÷⑦)	0.66			

※ア、イの対象となる研修は、介護に関する知識・技術の向上、資質の向上、労働環境等の改善等、サービスの質の向上に関する研修とします。

※イの研修は、外部講師による研修のほか、外部研修に参加した職員が講師となる伝達研修等、施設内の介護関係職種を対象に管理者が開催を認めた研修とします。（個々の職員の有志等で開催したものは含めません）

全サービスご記入ください。

年次有給休暇取得

- ・ 対象期間内の実績を記載ください。
- ・ 法人内兼務職員の有給休暇日数は、兼務事業所毎に同様の日数を記載してください。
- ・ 本項目については、事業所のすべての従業員を対象として集計してください。

育児休業取得の取得実績

- ・ 対象期間内に取得開始した実績を記載ください。
- ・ 取得者については、匿名とし、記載は不要ですので、性別のみ記載ください。

介護休業取得の取得実績

- ・ 対象期間内に取得開始した実績を記載ください。
- ・ 取得者については、匿名とし、記載は不要ですので、性別のみ記載ください。

(5) ワークライフバランスに基づく職場環境整備

対象期間

令和04年04月01日～令和05年03月31日

年次有給休暇取得

従業員への年次有給休暇全付与日数（繰越日数を除く。）	1000 日
うち全取得日数	489 日
年次有給休暇取得率	48.90%

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実績を記載してください。

育児休業制度の取得実績	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>取得者</th> <th>性別</th> <th>取得期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>男</td> <td>2022年6月1日～2023年3月31日</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	取得者	性別	取得期間	A	男	2022年6月1日～2023年3月31日	B		年 月 日～ 年 月 日	C		年 月 日～ 年 月 日
取得者	性別	取得期間											
A	男	2022年6月1日～2023年3月31日											
B		年 月 日～ 年 月 日											
C		年 月 日～ 年 月 日											

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実績を記載してください。

介護休業制度の取得実績	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>取得者</th> <th>性別</th> <th>取得期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	取得者	性別	取得期間	A		年 月 日～ 年 月 日	B		年 月 日～ 年 月 日	C		年 月 日～ 年 月 日
取得者	性別	取得期間											
A		年 月 日～ 年 月 日											
B		年 月 日～ 年 月 日											
C		年 月 日～ 年 月 日											

※取得開始日が対象期間内であるものを記載してください。

※取得者はA、B、Cのまま記入せず、匿名とし、性別及び取得期間のみ記載してください。

チェック欄に当てはまる取組を実施している場合は、チェックをしてください。

(6) 取組内容や支援方法の内容等

対象期間

令和04年04月01日～令和05年03月31日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	取組の有無
キャリアパスの整備	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
介護職員の資格取得に向けた研修受講費等の負担	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
代替要員の確保	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
介護休業規定（子の看護休暇、介護休暇、育児・介護のための時間外労働の制限、所定外労働の制限等）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>

令和5年度から変更しています。

人材育成・処遇改善等に関する取組のうち、先駆性・独自性のある取組内容や事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容を記載してください。

【先駆性・独自性のある人材育成・処遇改善等に関する取組内容】

・人材育成・処遇改善等に係る取組のうち、先駆性・独自性のある取組内容や事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容を記載してください。

・評価項目に含まれない（コロナ対応等）についても、人材育成・処遇改善等に関して、特に力を入れて取り組んでいる内容があれば記載できます。

取組内容	成果
<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心して育児に専念できる環境の提供と職場復帰を本人の希望に沿った時期にできる取組として、「産休・育休復帰支援面談シート」を活用し、コミュニケーションを図っている。 ・学生実習の受け入れと同時に、講師も引き受け人材育成と在宅看護の理解に力を入れている。また、変化のない療養生活に、良い刺激となるよう意識的にかかわりを持つよう指導している。 ・休暇が十分に取れ（公休125日＋有給休暇）、職場内での人間関係が円滑であること。 ・育休明けには、企業内保育園を利用し、仕事を続けられる環境がある。また、全職員誰もが利用できるカウンセラーを配置している。 ・新卒新入社員へは、現場配属前に約1ヶ月間の研修を実施、配属後は3ヶ月のOJTなどフォローアップ研修を実施。中途入社社員に対しても、フォローアップ研修を必須としている。研修内容は、研修担当者と外部講師がすり合わせを行い、より現場のニーズに沿った成果のある研修を実施している。 	<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的に面談をし、状況把握・精神的負担の有無など確認しながら支援した結果、職場復帰率100%を達成した。 ・利用者とその家族には楽しみにされている方が多く、「自分たちが学生の役に立っていると感じられるのがうれしい」とお礼を言われる。また、学生に関わるためには、自分自身も学習しないと理論的に指導ができないため、スタッフの成長につながっている。 ・「休暇数」や「人間関係」に働きやすさを感じ、勤続年数の長さにつながっていると考えられる。 ・企業内保育園を利用して働く職員が〇名以上いる。また、ストレスチェック等による高ストレスに対して、カウンセラーの利用を促している。 ・管理職からスタッフに対して、目的を持って面談やコミュニケーションを行うことで、スタッフが近い将来の目標を立て、それにより、さらに業務に積極的に取り組む姿が見られる。

※必要に応じて、枠を拡げてください。

※枠内への記載のほか、資料を添付いただいても構いません。

3 その他（サービス評価の実施状況及び同一法人内における不祥事等）

（１）サービス評価の実施状況

基準日	過去3年度
-----	-------

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実施状況を記載してください。			
福祉サービス第三者評価の実施状況	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	実施した直近の年月日	2022年11月20日
地域密着型サービスの評価の実施状況	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>	実施した直近の年月日	年 月 日

同一法人内の事業所における状況も必ず確認をして記載してください。虚偽の内容又は記載漏れがあると、表彰の取消及び奨励金を返還させる場合もあります。

（２）法人における不祥事の発生状況の有無

基準日	過去3年度
-----	-------

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、発生状況を記載してください。	
法人における重大な不祥事の発生状況の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>

※ 法人における重大な不祥事とは、隠蔽、談合、粉飾決算等とします。

（有の場合は必ず記載してください。）

発生年月日	不祥事の概要
2022年5月17日	虐待の隠蔽

※「有」とした場合は、必ず記載してください。

※虚偽の内容又は記載漏れがあると、要綱第10条の規定により、表彰の取消及び奨励金を返還させる場合があります。