令和８年度堺市集団指導受講報告書

記 入 日：令和８年　　月　　日

提出期限：令和８年７月３１日（金）【必着】
※原則電子メール提出

①　回答者名（管理者のフルネーム）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②　対象の事業所及び施設名称等を下記に記載してください。

	事業所及び施設名称	サービス種別	事業所番号 ※有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は記載不要	問１		問２	
				a	b	a	b
1				☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐
例①	△△ヘルパーステーション	（予防）訪問介護	123456789	☑	☐	☐	☑
例②	□□老人ホーム	介護付き有料老人ホーム		☐	☑	☐	☑
例③	□□老人ホーム	特定施設入居者生活介護	234567890	☑	☐	☑	☐

③　下記設問を読み、該当するチェックボックスをクリックし、レ点を付けてください。

（問１）感染症の発生予防・まん延防止のため、①委員会の開催、②研修の実施、③指針（マニュアル等）の整備、④担当者の配置（責任者の明確化）について、必要な体制整備を行っていますか。

a：実施している　　b：一部又は全て実施できていない

（問２）事故防止のため、①ヒヤリハット・事故の報告ルール、②原因分析と再発防止策の検討、③職員への周知（共有）、④改善の見直し（PDCA）を事業所内で継続的に行っていますか。

a：実施している　　b：一部又は全て実施できていない

④　ご提出前に次の項目を確認し、チェックをお願いします。

☐ 全施設・事業所共通編を視聴しましたか。
☐ 所属するサービス種別（居宅事業所編ほか）も視聴しましたか。
☐ あなたが兼務する施設・事業所等が複数ある場合や、併設施設・事業所等がある場合、漏れなく回答を記入していますか。
☐ 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は、事業所番号欄を空欄にしていますか。

（問合せ先）　堺市 健康福祉局 長寿社会部 介護事業者課 指導係
TEL 072-228-7348　FAX 072-228-7481　E-mail kaiji@city.sakai.lg.jp
※YouTube 動画及び資料の内容等に関して、ご質問やご意見があれば介護事業者課までご連絡ください。