**Ⅰ　介護老人保健施設等の概要**

（１）介護老人保健施設の概要　 （□がある箇所は□をクリックして下さい、以下同じ） 基準日：令和　年　月１日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設等の  名称 | 施設名称 |  | 介護保険事業所番号 | | | ２ | ８ | ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名 | 医師・医師以外（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 開設年月日 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 入所定員等 | ・入所定員　　　　　　　　　　人（現入所者数　　　　　　　人）　（うち認知症専門棟　　　人 ）  ・短期入所定員　　　　　　　　人（現入所者数　　　　　　　人）　　・通所リハビリテーション　　　人 | | | | | | | | | | | | | |
| 形　態 | 通常型　　ユニット型・従来型併設　ユニット型 | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・構造 | 建物延面積　　　　階建　　　　　㎡　　建物構造 造 | | | | | | | | | | | | | |
| 併設保険  医療機関 | 名称 |  | 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関（在宅療養支援病院等）複数ある場合は全て記載 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 開設者 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 施設から約　　　km　約　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| 標榜診療科目 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 病床数 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 第二種協定指定医療機関 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 協力歯科 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 開設者 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 施設から約　　　km　約　　分 | | | | | | | | | | | | | |

※「施設・構造」欄は、他施設と合築の場合は介護老人保健施設に関する部分のみを記載してください（２）介護老人保健施設を設置運営する法人等の概要　※　「法人の種別」欄は、該当する番号をチェックしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人等の名称 |  | | |
| 法人等の種別 | １　医療法人　２　社会福祉法人　３　財団法人　４　地方公共団体　５その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 社会福祉法人が開設する施設 | １　第２種社会福祉事業　　　　　２　附帯的公的事業 | | |
| 代表者氏名 |  | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人等の行う事業内容  （事業名・事業開始年月日・病床数及び定員等） |  | | |
| 理事長が経営している  「社会福祉施設、病院又は介護保険事業等」の事業内容  （事業名・事業開始年月日・入所定員等） | ※　当該介護老人保健施設に併設されている場合はそのことがわかるように記載すること。 | | |

**Ⅱ　介護老人保健施設職員の状況(入所)**

（１）職員の配置状況（基準日）

**[常勤職員の施設の定めた1週間の勤務時間　　　　　　時間]**常勤換算については、基準日の前月1ヶ月間の勤務実績で換算してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 職　種 | 氏　名  　 （年齢） | 勤続年数  ※１ | 常　勤 | | 非常勤 | | 兼務先  （職名） | 常勤換算  人数 | 勤務割合 | | 免許証 | | | 備考  ※２ | |
| 専任 | 兼務 | 専任 | 兼務 | 入所 | 通所 | 登録年月日 | 登録番号 | |
|  |  | （　） | 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |

（２）従業者の職種・員数　(入所)　　　併設型施設の場合（ユニット型 ／ 従来型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 常勤数 | | | | 非常勤数 | | | | 常勤換算後計  ※３ | | 配置基準 | 不足数 |
| 専従 | 常勤換算後 | 兼務 | 常勤換算後 | 専従 | 常勤換算後 | 兼務 | 常勤換算後 |
| 医　師 | 名 |  | 名 |  | 名 |  | 名 |  |  | |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 准看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| うち介護福祉士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支援相談員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| うち社会福祉士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| うち管理栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | ― | ― |
| その他の職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | ― | ― |

※１勤続年数は、当該施設における勤続年数を記載してください。※２介護職員で介護福祉士等の資格がある場合は、備考欄に記載してください。

※３　常勤換算は小数点第1位まで、第2位切り捨て。（考え方は老企第44号第２の９による）

（３）すべての職員について、基準月の勤務日、勤務時間を記した勤務の体制及び勤務形態一覧表等を添付してください。

（４）職員研修の実施状況

前年4月～基準日までに実施した研修の実施状況を記載してください。

【事業所内研修】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 | 研　修　内　容 | 講　師 | 参加者の職種 | 参加人員 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【事業所外研修】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 | 研　修　内　容 | 講　師 | 参加者の職種 | 参加人員 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

・身体的拘束等適正化研修（年２回以上）・認知症介護基礎研修（介護職員のうち医療・福祉資格有さない者）・感染症及び食中毒に関わる研修（年２回以上）・災害に関わる研修（年２回以上）・事故発生防止の為の研修（年２回以上）・虐待防止に関する研修（年２回以上）人権の擁護に係る研修等

・感染症の予防及びまん延の防止のための訓練（年２回以上、机上・実地の組み合わせが適切）　等の法定研修・訓練以外も実施していれば記載。

（５）職員会議等の実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議等の名称 | 参加職種 | 実施状況 | 記録の有無 | 会議等の主な内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（６）継続・退所判定の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 会議開催 | 会議出席者の職名 | 摘　要 |
| 入所・継続  要否判定 | 定期（月　　　回）  不定期 | 施設長　医師　看護職員　介護職員  理学（作業）療法士  栄養士  介護支援専門員  その他（　　　　　　） |  |

（７）退所指導等の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 退所前訪問指導 | | 退所時指導 | | 退所後訪問指導 | |
| 実施（有 無） | 記録（有 無） | 実施（有 無） | 記録（有 無） | 実施（有 無） | 記録（有 無） |
| （指導者の職種名） | | （指導者の職種名） | | （指導者の職種名） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 退所時情報提供 | | 退所前連携 | |  |
| 実施（有 無） | 記録（有 無） | 実施（有 無） | 記録（有 無） |
| （情報提供者の職種名） | | （情報提供者の職種名） | |

（８）入所申込みの状況（直近３ヶ月間の状況）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所申込者数　　　　　　　人 | 入所契約者数　　　　　　　人 |  |

**Ⅲ　入所者等の状況**

（１）入所者の現状（基準日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フロアー | 形　態 | 一般棟 | | | | | 認知症専門棟 | | | | | 入所(居)  者数  　計 | ユニット数 | ステーションの有無 | 配置人員 | | | |
| 室　数 | | | | 入所(居)  者数 | 室　数 | | | | 入所(居)  者数 | 昼間 | | 当直 | |
| 4人  室 | 3人  室 | 2人  室 | 個室 | 4人  室 | 3人  室 | 2人  室 | 個室 | 看護師 | 介護士 | 看護師 | 介護士 |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット式 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット式 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット式 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット式 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）前年度平均入所者数　及び　前年度の月別平均入所者数　　　※前年度実績が3ヶ月に満たない場合は、直近3ヶ月の実績を記入。

|  |  |
| --- | --- |
| **前年度平均入所者数** | **名** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和５年度 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 入所者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（３）入所者の要介護度等（基準日現在）　　※短期入所者は含まない。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 入所者（計） | | | 要介護１ | | | 要介護２ | | | 要介護３ | | | 要介護４ | | | 要介護５ | | |
| 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| ４０歳～６４歳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６５歳～７４歳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７５歳～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 入所者計 | 認知症老人判定基準 | | | | | |
| ランクなし | ランクⅠ | ランクⅡ | ランクⅢ | ランクⅣ | ランクM |
| 寝たきり  度判定基  準 | ランクJ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ランクA |  |  |  |  |  |  |  |
| ランクB |  |  |  |  |  |  |  |
| ランクC |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  |

（４）年齢、性別及び入所期間別入所者数（基準日現在）※算出については、小数点第２位以下を四捨五入してください。短期入所者は含まない。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 平均年齢 | 平均入所期間 | 入所者計 | 入所期間別入所者数 | | | | |
| 14日以内 | 15日～3ヶ月未満 | 3ヶ月～6ヶ月未満 | 6ヶ月～1年未満 | 1年以上のもの |
| 男　性 | 歳 | 日 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 女　性 | 歳 | 日 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 計 | 歳 | 日 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

（５）入所者の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入浴の実施状況 | おむつ使用等の状況 | 機器等の使用状況 | | |
| 機器名 | 使用人数 | 施設保有台数 |
| 一般浴（入所者１人あたり）  　　　　　　　週　　　回  　対象者数　　　　人  　入浴日  特別浴（入所者１人あたり）  　　　　　　　週　　　回  　対象者数　　　　人  　入浴日 | 使用者数　　　　　　人    うち夜間のみ使用者数　　人  　定時交換回数　　　　回  トイレ誘導者数　　　人    　誘導回数　　　　　　回  静養室のカーテンの設置状況  有　無 | 車いす | 人 | 台（　） |
| 歩行器 |  |  |
| つえ |  |  |
| ポータブルトイレ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 機器名は適宜追加してください。  ※個人の機器を使用している場合は、施設保有台数の  　（　　）書きに記載してください。 | | |
| 当日入浴できない者の処遇 |
|  |

**Ⅳ　入所者等に対する処遇等の実施状況**

**１．身体拘束**

（１）身体拘束の状況（直近３ヶ月間について記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体拘束　　　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（前年度身体拘束者数　　　　　名） | | | | | | | |
| 氏　名 | 性別 | 年齢 | 入所年月日 | 拘束開始日 | 拘束の期間 | 拘束終了日 | 拘束の方法（ベッド柵等） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）身体拘束ゼロ作戦に対する取り組み

|  |  |
| --- | --- |
| 施設内での身体的拘束等適正化検討委員会 | ・設置の有無（　有　無　）　・開催頻度　　月　　回　・参加職種（医師・看護師・介護職員・その他第三者　　　　　　　　　） |
| ・改善計画の作成（　有　無　）　【内容】 |
| マニュアル | （ 有　無）　　　最終改訂年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 施設での取り組みに  ついて |  |

**２．褥瘡予防**

（１）褥瘡患者の状況（直近３ヶ月間について記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 褥瘡患者数　　　名（入所前から　　　名、入所後発生　　　名）　　、前年度の褥瘡入所者数　　　　名（入所前から　　名、入所後発生　　名） | | | | | | | | |
| 氏　名 | 年　齢 | 入所年月日 | 発症年月日  発症場所 | 発症の要因 | 褥瘡の部位・程度 | | 医師の意見 | 処置及び対応状況 |
| 最も悪化した状況 | 直近時 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　「褥瘡の部位・程度」欄には、施設内での最も悪化した時点及び直近時における褥瘡の部位、大きさ、深さ等を具体的に記載してください。

（２）褥瘡予防等に関する対策

|  |  |
| --- | --- |
| 施設内での辱瘡予防  の委員会 | ・設置の有無（　有　無　）　・開催頻度　　月　　回　・参加職種（医師・看護師・介護士・栄養士　　　　　　　　　） |
| ・改善計画の作成（　有　無　）　【内容】 |
| マニュアル | （ 有　無）　　　最終改訂年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 施設での取り組みに  ついて |  |

**３．高齢者虐待防止**

（１）虐待の状況

　　虐待について記載してください。（直近３ヶ月間について記載してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 虐待確認件数　　　件　　　　　（前年度虐待確認件数　　　　　件） | | | | |
| 発生年月日 | 虐待の内容 | 通報の有無 | 職員への周知状況 | 対応内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（２）高齢者虐待防止への取り組み

|  |  |
| --- | --- |
| 施設内での虐待防止  の委員会 | ・設置の有無（　有　無　）　・開催頻度　　月　　回　・参加職種（医師・看護師・介護士　　　　　　　　　） |
| ・改善計画の作成（　有　無　）　【内容】 |
| マニュアル | （ 有　無）　　　最終改訂年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 施設での取り組みに  ついて |  |

**４．事故の防止**

（１）事故発生状況（直近３ヶ月間について記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故発生件数　　　　件　　　　　　（前年度の事故発生件数　　　件） | | | | | | |
| 事故発生年月  日及び時刻 | 家族等に連  絡した日時 | 市町に連絡  した日時 | 対象者 | | 事故の状況 | 事故の対応方法等 |
| 性別 | 年齢 |
| 令和　　年　　月　　日  　： | 月　　日  　　： | 月　　日  　： | 男・女 | 歳 |  | （損害賠償額　　　　　　　　円） |
| 令和　　年　　月　　日  　： | 月　　日  　　： | 月　　日  　： | 男・女 | 歳 |  | （損害賠償額　　　　　　　　円） |
| 令和　　年　　月　　日  　： | 月　　日  　　： | 月　　日  　： | 男・女 | 歳 |  | （損害賠償額　　　　　　　　円） |
| 令和　　年　　月　　日  　： | 月　　日  　　： | 月　　日  　： | 男・女 | 歳 |  | （損害賠償額　　　　　　　　円） |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　： | 月　　日  　　： | 月　　日  　： | 男・女 | 歳 |  | （損害賠償額　　　　　　　　円） |

（２）事故発生防止への取り組み

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設内での事故防止  の委員会 | ・設置の有無（　有　無　）　・開催頻度　　月　　回　・参加職種（医師・看護師・介護士　　　　　　　　　） | |
| ・改善計画の作成（　有　無　）　【内容】 | |
| マニュアル | （ 有　無）　　　最終改訂年月日（　　　　年　　月　　日） | |
| 施設での取り組みに  ついて | 事故発生時の対応方法等 | |
| 損害賠償の準備 | 1. 損害賠償保険の加入の有無（　有　無　）   ② 損害賠償資力の確保への配慮 ( ) |

（３）苦情解決体制の整備状況（直近３ヶ月間について記載してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情件数　　　　件　　　　　　　　　（前年度の苦情件数　　　件） | | |
| 相談窓口 | 設置の有無（　有　無　）    窓 口 名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入所者等への周知方法 | 入所申し込み時の説明　　→　（行っている　・　行っていない） |
| 苦情処理体制 | 苦情処理検討会議等（　有　無　）　ウェブサイトへの掲載（　有　無　）  手順書（マニュアル）の作成（　有　無　） |

**５．感染症対策　（別紙調査表も提出のこと）**

（１）感染症の発生　（前年度～基準日までに発生した感染症について記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前年度発生件数　　　　　件　　　　今年度発生件数　　　　件 | | | | | | | | |
| 感染症名 | 発生年月日 | 患　者　数 | | | 終息年月日 | 発生原因  （原因病原体・感染源） | 感染拡大防止  のための措置 | 再発防止の  ための措置 |
| 利用者 | 職　員 | 家族等 |
| 新型コロナウイルス |  |  |  |  |  |  |  |  |
| インフルエンザ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 結　核 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｏ１５７等 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疥　癬 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ウイルス肝炎 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）感染症予防に関する対策

|  |  |
| --- | --- |
| 施設内での感染症  予防委員会 | ・設置の有無（　有　無　）　・開催頻度　　月　　回　・委員の構成（医師・看護師・介護士　　　　　　　　　） |
| ・改善計画の作成（　有　無　）　【内容】 |
| マニュアル | （　有　無　）　　・　最終改訂年月日（　　　　年　　月　　日）　・取り上げている感染症（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設での取り組みについて | 別紙調査表にも記載 |

**６．口腔衛生管理**

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師又はその指導を受けた歯科衛生士による助言及び指導 | 年2回以上　　（　有　無　） |
| 上記歯科医師等と実施事項を文書で取り決めている | 有　無 |
| 口腔の健康状態の評価の実施 | 入所時　（　有　無　）、　　月１回程度　（　有　無　） |

**Ⅴ　非常災害対策の状況**

（１）防災設備等の状況

　　　　消防計画の提出　　　　年　　　月　　　日

　　　　防火管理者氏名　　　　　　　　　　　　　（職種）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・設備 | | 消防法令による設備義務の有無 | 整備状況 |
| 防  火  設  備 | 避難階段  　避難口（非常口）  　療養室・廊下、階段等の内装材料  　防火戸、防火シャッター | 有　　・　　無  有　　・　　無    有　　・　　無 | 有（　　　　カ所）　・　無  有（　　　　カ所）　・　無  適　　　　　　　　　・　不適  有（　　　　カ所）　・　無 |
| 消  防  用  設  備 | 屋内消火栓設備  　屋外消火栓設備  　スプリンクラー設備  　自動火災報知設備  　非常通報設備  　漏電火災警報機  　非常警報設備  　避難器具（すべり台、救助袋）  　誘導灯及び誘導標識  　防火用水  　非常電源設備 | 有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無  有　　・　　無 | 有（　　　　カ所）　・　無  有（　　　　カ所）　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有（　　　　カ所）　・　無  有（　　　　カ所）　・　無  有　　　　　　　　　・　無  有　　　　　　　　　・　無 |
| カーテン・布製ブラインド等の防火性能 | | 有　　・　　無 | 有　　　　　　　　　・　無 |

■　非常食（水）の整備状況　　　　備蓄の有無　　　有（　　　日分）　・　無（２）各種防災訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 実施回数 | 実施日 | 消防署への事前通報 | 消防署の立会 | 記録 |
| 避難訓練  　　　うち夜間又は夜間想定 | ＜　　　　　＞  　　　　　　回  ＜　　　　　＞  　　　　　　回 | ＜　　　　　＞  ＜　　　　　＞ | 有（　　回）・無  有（　　回）・無 | 有（　　回）・無  有（　　回）・無 | 有　・　無    有　・　無 |
| 通報訓練 | ＜　　　　　＞  　　　　　　回 | ＜　　　　　＞ | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 |  |
| 消火訓練 | ＜　　　　　＞  　　　　　　回 | ＜　　　　　＞ | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 |  |

　１　前年度１年間の実施状況を記載するとともに、＜　　　＞内に本年度の実施回数及び実施日を記載してください。

　２　総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従って記載してください。

（３）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 | 緊急時連絡網の整備 | 有　・　無 |

（４）消防署の立ち入り検査状況（過去３カ年）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 指導指示等の内容 | 改　善　措　置 |
|  | （文書）  （口頭） |  |

**Ⅵ　給食部門**

１.給食の実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事時間及び検食の状況 | | | 嗜好調査の実施状況 | 保存食の状況 | 業務委託の状況 | 職員食の状況  (※該当する場合は記載して下さい｡) |
|  | 検食時間 | 配膳時間 | 実施（年　　　　回）  【調査方法】  聞き取り  アンケート  その他  　（　　　　　）  未実施 | 有（　　　日間）  無 | 有  （委託先　　　　　　　　　　　　　　　）  （施設内受託責任者　　　　　　　　　　）  無 | 朝食（　　　　食）  昼食（　　　　食）  夕食（　　　　食） |
| 朝食 | 時　分 | 時　分 |
| （検食者職名） | | |
| 昼食 | 時 分 | 時 分 |
| （検食者職名） | | |
| 夕食 | 時 分 | 時 分 | 入所者が選定する特別な食  事について | 調理従事者  検便実施状況 | 適温の状況  （※該当する場合は記載して下さい。） | |
| （検食者職名） | | |
| 実施・未実施  ※実施している場合は、食事メニューの一覧、料金を記載した書面を提出してください。 | 実施（年　　回）  未実施 | ①使用機器の状況  保温（保冷）庫 台  保温（保冷）配膳車 台  保温トレイ 台  保温食器　　茶碗　　個  　汁碗　　個  　皿　　　枚  ②調理場に隣接する食堂の有無（ 有 ・ 無 ）  ③常時病室で食事をとる入院患者の数（　　人） | |
| おやつ  （一律に提供している場合） | | |
|  | 時　分 | 時　分 |
| （検食者職名） | | | 残食調査の実施状況 |
|  | | | 実施  毎食・週１回  月１回・その他  未実施 |