

状況報告書((介護予防)通所リハビリテーション)の構成

シート名	構成内容	シート名	構成内容
表紙	事業所名		
p1	1 利用者の状況 (1) 前年度利用者実績調べ (2) 要介護度別実利用者数 (3) 介助等の状況	p9	エ ウで集計している事故のうち、同一利用者で複数回発生している状況 オ ウで集計しているヒヤリ・ハットのうち、同一利用者で複数回発生している状況
p1(2)	通所リハビリテーションの事業所規模による介護報酬算定区分確認表	p10	(4) 苦情対応 ア 苦情解決の仕組み イ 苦情解決の仕組みの周知方法 ウ 苦情の考え方 エ 苦情の概況 オ 職員への苦情対応の周知方法 カ 苦情解決結果の公表方法
p2	(4) 入浴の状況 (5) 行動障害のある利用者		
p3	2 職員等の状況		
p4	3 利用者に対する処遇方針及び取組状況 (1) 高齢者虐待防止 (2) 身体拘束に関する取組	p11	(5) 感染症・食中毒の防止対策 (6) サービスの質の評価の取組
p5	(2) 身体拘束に関する取組(続き) ア 身体拘束の状況	p12	(7) 研修の機会の確保
p6	イ 身体拘束実施事例 ウ 身体拘束解除事例	p13	(8) 職員の秘密保持対策 (9) 非常災害対策 ア 防火管理者の状況 イ 消防計画の状況 ウ 防災体制の状況 エ 消防署の立入検査の状況 オ その他の災害計画の策定状況
p7	(3) 緊急時及び事故発生時に対する対策 ア 主な事故事例		
p8	イ 事故とヒヤリ・ハットの区分け ウ 事故・ヒヤリ・ハット事例の実績		
		p14	カ 消防・防災訓練の状況
		p15	4 介護保険法に基づく指導監査(書面監査含む)の指摘事項の改善状況

状 況 報 告 書  
((介護予防)通所リハビリテーション)

事業所名 :

---

1 利用者の状況

(1) 前年度利用者実績調べ

年月	営業日 (a)	通所リハビリテーション		介護予防 通所リハビリテーション		合計	
		利用者延べ数 ア	前年度 (月)平均 利用者数 イ=ア÷(a)	利用者延べ数 ウ	前年度 (月)平均 利用者数 エ=ウ÷(a)	利用者延べ数 オ=ア+ウ	前年度 (月)平均 利用者数 カ=オ÷(a)
平成 28 年 4 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 5 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 6 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 7 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 8 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 9 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 10 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 11 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 28 年 12 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 29 年 1 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 29 年 2 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
平成 29 年 3 月			#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
合計 (b)	0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月平均利用者延べ数(b)/12		0		0		0	

貴事業所における平成29年度の介護報酬算定区分を選択してください。 通常規模型・大規模型Ⅰ・大規模型Ⅱ

- ※1 ウについては、併設の通所リハビリテーションと一体的に事業を実施している場合のみ記入すること。
- ※2 通所リハビリテーションの単位が2単位以上の場合は、単位毎に別業とすること。
- ※3 p1(2)の「通所リハビリテーションの事業所規模による介護報酬算定区分確認表」を作成すること。

(3) 介助等の状況《(2)の利用者に対する人数》

【実地指導実施月の前々月の状況】

	移動介助			食事介助			排せつ介助		
	自立	一部	全部	自立	一部	全部	自立	一部	全部
通所リハビリテーション									
介護予防通所リハビリテーション									

※ 右表の介助区分の目安を参考に区分し、その割合は、おおむねの数字で差し支えない。

(2) 要介護度別実利用者数

【実地指導実施月の前々月の状況】  
(平成 年 月)

	実利用者数 (a)+(b)	男 (a)	女 (b)
要支援1	0		
要支援2	0		
要介護1	0		
要介護2	0		
要介護3	0		
要介護4	0		
要介護5	0		
計	0	0	0

※ 月の途中で要介護度が変更になった者については、要介護度の高い方に区分すること。(把握できる範囲内で可)

上記利用者のうち胃瘻等設置者数

	胃瘻	腸瘻	経鼻
胃瘻等設置人数			
うち経口摂取者数			

○移動介助の区分の目安

- 自立:車いすの移乗についても介助を必要とせず、車いす、歩行器や杖等で自走又は歩行できる方又は杖等を使用しなくても歩行に支障がない方。(特段の見守り不要)
- 一部介助:車いす、ベッド又はポータブルトイレへの移乗に介助は必要で、車いすに移乗できれば自走が可能な方。杖や歩行器等を使用し自走又は歩行できるが不安定で移動時に常に見守りが必要な方。
- 全部介助:車いすでの移乗及び移動にも介助が必要な方。

○食事介助の区分の目安

- 自立:特に介助の必要なく、食事が食べられる方。
- 一部介助:食事の最中に疲れて手が止まってしまう、一部介助を必要とする方、食器移動の手伝いが必要な方など。
- 全部介助:食事を口まで持っていき、嚥下確認等、全ての過程で介助が必要な方。経管栄養の方もここに含まれる。

○排せつ介助の区分の目安

- 自立:トイレでのズボンの上げ下げ、後始末等、1人で排せつが可能な方。
- 一部介助:パッドの交換やトイレでのズボンの上げ下げ、後始末など、一部に介助が必要な方など。
- 全部介助:常時おむつ利用の方など、排せつの全過程において介助を必要とする方。

## 通所リハビリテーションの事業所規模による介護報酬算定区分確認表

○ 平成28年4月から平成29年2月までの各月ごとの利用者数を記載してください。なお、自動的に計算しますので、利用者数の計算処理は不要です。

※ 事業所規模による介護報酬算定区分の確認については、新潟市ホームページ「事業所規模による区分の確認について」  
 (トップページ>健康・医療・福祉>介護>事業者向け情報>お知らせ(各サービス共通)>事業所規模による区分の確認について)を参照のこと。

報酬算定	平成28年										平成29年			計	平均利用延人員数
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
1時間以上2時間未満															
3時間以上4時間未満 (2時間以上3時間未満含む)															
4時間以上6時間未満															
6時間以上8時間未満															
介護予防(2時間未満)															
介護予防(2時間以上4時間未満)															
介護予防(4時間以上6時間未満)															
介護予防(6時間以上8時間未満)															
計(自動的に計算されます)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
正月等を除き毎日事業を実施している場合 (「6/7」を選択してください。)															
最終人数(自動的に計算されます)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00

(4) 入浴の状況

【実地指導実施月の前々月の状況】

区 分		一 般 浴	寝 台 浴	チェア浴	個 浴
利用者数 ( (2) の利用者について )		人	人	人	人
入浴時間帯	開始	時 分	時 分	時 分	時 分
	終了	時 分	時 分	時 分	時 分
他事業所との 入浴設備の共有		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
共有他事業所の 利用時間	開始	時 分	時 分	時 分	時 分
	終了	時 分	時 分	時 分	時 分
介助職員等の 配置状況		着脱・整容	着脱・整容	着脱・整容	着脱・整容
		浴室	浴室	浴室	浴室
		誘導	誘導	誘導	誘導
		看護	看護	看護	看護
		計(実数)	人	人	人

※ 各介助業務等を1人の職員が兼ねている場合は、それぞれの業務に1人をたて、計は実数を記入してください。

(5) 行動障害のある利用者

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者にシヤル等		行動障害の内容（具体的に）	利用開始年月日
性別	年齢		利用開始からの 身体拘束実施の有無
		入力例)新潟太郎の場合 →「T・N」や「新〇太〇」などとし、実地指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化してください。	有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

※1 行動障害（徘徊、大声を発する、乱暴な口の利き方等を頻繁に繰り返すなど）のある利用者について記載してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

## 2 職員等の状況

### ○実地指導月の前々月における職員の状況

(平成 年 月)

職種※1	氏名	資格※2	常勤・非常勤の別	専従・兼務の別	兼務先事業所名とその職種※3	当該事業所の勤務割合※4	雇用契約等の有無	備考

- ※ 1 職種は、管理者、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等と記載すること。
- ※ 2 資格は、医師、看護師、准看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等と記載すること。
- ※ 3 兼務先事業所が同一施設の別職種である場合は、「同施設」として兼務する職種を記載すること。
- ※ 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専従者の勤務時間を1としてその割合を記載すること。  
(例えば常勤専従者が週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とする。)
- ※ 5 育休・産休等により、暦月で1月以上長期の休暇を取得している場合は、備考にその旨記載すること。
- ※ 6 行が不足する場合は、追加するかページを追加して作成すること。

### 3 利用者に対する処遇方針及び取組状況

(既存資料の活用も可能です。)

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

(1) 高齢者虐待防止	虐待を受けている、もしくは受けている疑いがある事例が生じた場合の取組。			
(2) 身体拘束に関する取組	身体拘束マニュアルの整備	有 ・ 無	マニュアルの名称	
	初回作成時期	平成 年 月 日	最終更新時期	平成 年 月 日
	実施の手順が定められていますか	有 ・ 無		
	身体拘束実施時のフロー(既存資料の活用も可能です。)			
	身体拘束の実施に当たっては、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件をすべて満たす状態であり、緊急やむを得ない場合に該当することを検討していますか。	有 ・ 無		
	「無」の場合、どうして検討を行わなかったのかの理由を記入してください。			
	身体拘束の実施を検討する職員の職種を記入してください。			
	開始に当たっての検討の記録を作成していますか。	有 ・ 無		
「無」の場合、どうして記録を行わなかったのかの理由を記入してください。				
利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、理解を得ていますか。	有 ・ 無			
「無」の場合、説明等を行わなかったのかの理由を記入してください。				

※1 具体的に記載してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

(既存資料の活用も可能です。)

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

<b>身体拘束に関 (2) する取組 (続き)</b>	利用者やその家族に対して説明を行う職員	
	実施の際には、態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録していますか。	有 ・ 無
	「無」の場合、どうして記録を行わなかったのかの理由を記入してください。	
	拘束を実施している事例について、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件及び「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを、観察、再検討していますか。	有 ・ 無
	「無」の場合、どうして観察、再検討を行わなかったのかの理由を記入してください。	
	再検討の記録を作成していますか。	有 ・ 無
「無」の場合、再検討の周期等を具体的に記入してください。		
「無」の場合、どうして観察、再検討を行わなかったのかの理由を記入してください。		

※1 具体的に記載してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例: 実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

ア 身体拘束の状況

過去、身体拘束を行ったことがある場合に記載してください。なお同一人で同じ拘束方法であれば1人としてください。

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
実人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※ 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例: 実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで



イ 身体拘束実施事例(新しいものから順に3件の事例について記入してください。)

氏名	性別	要介護度	拘束開始年月日	拘束終了年月日								
					確認日	身体拘束の方法	個別の状況による拘束の必要な理由	切迫性	非代替性	一時性	拘束の時間帯及び時間	特記すべき心身の状況
1												有・無
2												有・無
3												有・無

※1 実地指導対象期間中の状況について記入願います。【実地指導対象期間中】の例:実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月

※2 例外的に身体拘束が認められる場合に検討される3つの要件「切迫性」「非代替性」「一時性」の適合状況を「○」「×」で記入願います。

ウ 身体拘束解除事例(実地指導対象期間中に解除した事例があった場合、代表的なものを1件記入してください。)

氏名	性別	要介護度	拘束開始年月日	拘束終了年月日		
身体拘束の方法	個別の状況による拘束の必要な理由	身体拘束解除に当たって工夫した点等				

※1 身体拘束を行っていたことにより、手足の機能が廃用したため、身体拘束解除に至った場合は除く。

※2 【実地指導対象期間中】の例:実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月

【資料作成日現在】

(3) 緊急時及び事故発生時に対する対策	緊急時対応マニュアルの整備		有 ・ 無		マニュアルの名称		
	初回作成時期		平成 年 月 日		最終更新時期		
	緊急時対応フロー (既存資料の活用も可能です。)						
	事故発生時対応マニュアルの整備		有 ・ 無		マニュアルの名称		
	初回作成時期		平成 年 月 日		最終更新時期		
	事故発生時対応フロー (既存資料の活用も可能です。)						
	事故発生時の再発防止策の検討状況		検討する職員				
			検討時期・方法				
	事故内容及び再発防止策についての職員への周知方法						
	再発防止策の検証状況		検証する職員				
		検証時期・方法					
その他の取組							

ア 主な事故事例

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者(シヤル等)		事故等の内容 (発生日時、発生場所、利用者の症状等)	原因	再発防止策	再発防止策の検証の有無	市への報告	損害賠償の有無
性別	年齢						
					有・無	有・無	有・無
					有・無	有・無	有・無
					有・無	有・無	有・無
					有・無	有・無	有・無

※1 利用者の治療に相当期間(おおむね1週間以上)を要した事故について記入してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

イ 事故とヒヤリ・ハットの区分け(定義づけ)

※貴事業所では、どのような事象を事故又はヒヤリ・ハットと捉えているか、定義を記入してください。

区分	定義時期	事故	ヒヤリ・ハット
内容(定義)	年 月 日から		

ウ 事故・ヒヤリ・ハット事例の実績(実地指導月の前年度分)

○事故等内容別件数

内容	件数	
	事故	ヒヤリ・ハット
転倒・転落		
車いすずり落ち		
打撲		
皮下出血		
裂傷・表皮剥離		
誤嚥・誤飲		
異食		
誤薬・与薬		
離設		
その他		
計	0	0

○発生場所別件数

場所	件数	
	事故	ヒヤリ・ハット
食堂		
機能訓練室		
静養室		
浴室		
洗面所		
トイレ		
廊下・玄関		
送迎時		
その他		
不明		
計	0	0

○発生時間帯別事故件数

時間帯	件数	
	事故	ヒヤリ・ハット
8:00以前		
8:00-9:59		
10:00-11:59		
12:00-13:59		
14:00-15:59		
16:00-17:59		
18:00-19:59		
20:00以降		
不明		
計	0	0

※1 各表の内容は例示であり、施設・事業所で独自に区分している場合、それに基づいて作成しても構いません。また、既存の資料等で代用できるものがあれば、それを添付することでも結構です。

※2 【前年度】の例:実地指導が平成29年度中に行われる場合→平成28年度

○発生月別事故件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
事故							
ヒヤリ・ハット							
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
事故							0
ヒヤリ・ハット							0

○同一利用者が事故発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
----------------------------	-------

○同一利用者がヒヤリ・ハット発生件数に複数上がっている者の有無	有 ・ 無
---------------------------------	-------

エ ウで集計している事故のうち、同一利用者で複数回発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	事故種別	発生場所	事故状況	改善策	改善策の検証の有無	改善策のマニュアル反映
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>

※1「改善策の検証の有無」には、事故後に検討された改善策の有効性を定期的に検証している場合、「有」に、検証を行っていない場合「無」に○を付けてください。

※2「改善策のマニュアル反映」には、事故後に検討された改善策が有効に機能していることから、マニュアルに追加している場合は□にレ点を付けてください。

オ ウで集計しているヒヤリ・ハットのうち、同一利用者で複数回発生している状況

利用者名	発生年月日	発生時間帯	ヒヤリ・ハット種別	発生場所	ヒヤリ・ハット状況	改善策	改善策の検証の有無	改善策のマニュアル反映
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>
							有・無	<input type="checkbox"/>

※1「改善策の検証の有無」には、事故後に検討された改善策の有効性を定期的に検証している場合、「有」に、検証を行っていない場合「無」に○を付けてください。

※2「改善策のマニュアル反映の有無」には、事故後に検討された改善策が有効に機能していることから、マニュアルに追加している場合は□にレ点を付けてください。

(4) 苦情対応

ア 苦情解決の仕組み

【資料作成日現在】

	設置の有無	職・氏名 等	
苦情受付担当者	有・無	職名	氏名
苦情解決責任者	有・無	職名	氏名
第三者委員	有・無	役職名 (法人評議員・民生委員等)	氏名
苦情解決のためのマニュアル			有・無

イ 苦情解決の仕組みの周知方法

【資料作成日現在】

窓口等への 掲示	有・無	会報等への 掲載	有・無	契約締結時 の説明	有・無
その他 (具体的に)					

ウ 苦情の考え方

【資料作成日現在】

どのようなものを苦情として扱っているか、施設・事業所の考え方を記入してください。

エ 苦情の概況

前年度の受付件数	件	同一人による苦情申出の有無	有・無
前年度受け付けた苦情の主な事案			
受付年月日	苦情申出者名	苦情内容及びその対応	
		利用者との関係 ( )	
		利用者との関係 ( )	
		利用者との関係 ( )	
		利用者との関係 ( )	
		利用者との関係 ( )	

※ 【前年度】の例: 実地指導が平成29年度中に行われる場合→平成28年度

オ 職員への苦情対応の周知方法

【資料作成日現在】

苦情内容及び当該対応の情報について、職員へどのように周知を図っているか、その周知方法を記入してください。

カ 苦情解決結果の公表方法

【資料作成日現在】

事業報告書への掲載	有・無	会報等への掲載	有・無
その他 (具体的に)			

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

(5) 感染症・食中毒の防止対策	感染症又は食中毒等の集団感染(要保健所報告規模)の発生の有無(実地指導月を含む年度の前年度)	有 ・ 無	(感染内容)	
	感染症及び食中毒予防マニュアルの整備	有 ・ 無	マニュアルの名称	
	初回作成時期	平成 年 月 日	最終更新時期	平成 年 月 日
	施設、食器その他の設備、飲用水等の衛生管理			
	感染症防止の措置			
	衛生委員会等の設置、活動			
	その他の取組			
(6) サービスの質の評価の取組	事業所の提供するサービスについて、利用者又はその家族からアンケート等で評価してもらっていますか。	有 ・ 無		
	※アンケート等により評価をされている場合、それをどのように活用しているのか記入してください。			
	年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	有 ・ 無		
	※上記取組を行っている場合、どのような目標を立て、どのような取組を行ったか記入してください。			
(6) サービスの質の評価の取組	職員毎に年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	有 ・ 無		
	※事業所で様式を定め、職員毎に自己点検を行っている場合は、その様式を1部添付してください。			
	その他サービスの質の評価の取組			

※1 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例: 実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

※2 【実地指導月を含む年度の前年度分】の例: 実地指導が平成29年度中に行われる場合→平成28年度

(既存資料の活用も可能です。)

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

(7) 研修の機会の確保	従業者等の研修計画		有・無		
	研修の実施状況				
	開催年月日	開催形態	講師名	参加者の職種及び人数 (当該事業所職員について)	研修内容 (外部研修に参加した場合は、伝達研修実施の有無も記載のこと)
外部研修に参加した場合の当該研修内容についての職員への周知方法					
研修欠席者への対応と研修効果向上の取組					

※1 具体的に記載してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が平成29年5月に行われる場合→平成28年4月から平成29年3月まで

(8) 職員の秘密保持対策

【資料作成日現在】

従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た利用者等又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、どのような措置を講じているか記入してください。

Blank area for reporting measures to protect employee secrets.

(9) 非常災害対策

ア 防火管理者の状況

【資料作成日現在】

防火管理者 職・氏名		防火管理者講習 受講年月日	平成 年 月 日 受講
防火管理者 選任年月日	平成 年 月 日 選任	消防署への届出 年月日	平成 年 月 日 届出

イ 消防計画の状況

【資料作成日現在】

消防計画作成 年月日	平成 年 月 日 作成	消防署への届出 年月日	平成 年 月 日 届出
職員への周知状況			

(注)職員への周知状況は、具体的な内容を記入すること。

ウ 防災体制の状況

【資料作成日現在】

近隣施設・地域住民 との協力体制	
夜間勤務職員の 役割の明示	

エ 消防署の立入検査の状況

所管消防署		検査年月日	年 月 日
-------	--	-------	-------

【直近の状況】

【指摘事項】

オ その他の災害計画の策定状況

【資料作成日現在】

災害名	計画作成状況 作成年月日	計画への位置付けの有無		
		避難場所	避難経路	自力避難困難者等 の避難方法
地震	計画あり・計画なし 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
風水害	計画あり・計画なし 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
その他※	計画あり・計画なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※上記の「その他」の計画を作成している場合は、災害の名称を記載してください。				
職員への周知状況				

(注)「別紙のとおり」とし、消防署に対する改善状況報告書の写し等を添付しても可。



カ 消防・防災訓練の状況

【前年度実績】

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
消 防 訓 練	※該当箇所に○印														
	実施日														
	実施内容	避難													
		救助													
		通報													
		消火													
		消防署への事前通知													
		消防署の立会い													
	近隣施設・地域住民の参加														
その他の防災訓練( )															
消防器具・避難経路等の自主点検															
消防署による検証指導の実施 (実施済の場合、実施年月日 及び指導内容を記載)		実施年月日:平成 年 月 日 指導内容 :													

※1 【前年度実績】の例:実地指導が平成29年度中に行われる場合→平成28年度実績を記入してください。

※2 各月の「実施日」には実施した日付を、「計」には実施回数を記入してください。

※3 「その他の防災訓練」、「消防器具・避難経路等の自主点検」については、実施日を記入してください。

4 介護保険法に基づく指導監査(書面監査含む)の指摘事項の改善状況

(1) 平成23年度以降、介護保険法に基づく実地指導・書面監査・監査等を受けたことがありますか。		有 ・ 無 ・ 不明
(2) 受けたことがある場合、その区分、内容及び改善状況(現在の状況)について下記に記入してください。		
区 分	指 摘 事 項	改 善 状 況
実地指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 ( ) 実施年月日:	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	
実地指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 ( ) 実施年月日:	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	

※1 (1)、(2)ともに該当する箇所に「○」を記入してください。  
 ※2 (2)について指導等の結果記録がなく、内容等が不明な場合は、その旨を記載してください。  
 ※3 記入しきれない場合は別紙としてください。