

状 況 報 告 書

〔 介 護 老 人 保 健 施 設 〕
〔 (介 護 予 防) 短 期 入 所 療 養 介 護 〕

施設名【介護老人保健施設】：

事業所名【(介護予防)短期入所療養介護】：

状況報告書((介護予防)短期入所療養介護・介護老人保健施設)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・施設名			
p1	1 入所者等の状況 (1) 前年度入所者等実績調べ (2) 要介護度別入所者数(老健) (3) 要介護度別実利用者数(短期入所) (4) 入所者等の認知症状割合	p14	オ エで集計している事故のうち、同一入所者等で複数回発生している状況	
	p2	(5) 介助等の状況 (6) 「おむつはずし」の取組	p15	カ エで集計しているヒヤリ・ハット事例のうち、同一入所者等で複数回発生している状況
		p3		(7) 入浴介助 (8) 行動障害のある入所者等
	p4		2 職員等の状況	
p5	3 入所者等に対する処遇方針及び取組状況 (1) 身体拘束に関する取組	p17	(7) 感染症・食中毒の防止対策	
	p6	(1) 身体拘束に関する取組(続き)	p18	(8) 褥瘡予防対策
p7	(1) 身体拘束に関する取組(続き) (2) 身体拘束の実施状況 ア 身体拘束の状況	p19	(9) 研修開催の状況	
	p8	イ 身体拘束の実施状況	p20	(10) サービスの質の評価の取組
p9	ウ 身体拘束実施事例 エ 身体拘束解除事例	p21	(11) 職員の秘密保持対策 (12) 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	
	p10		(3) 虐待防止への取組	
p11	(4) 事故発生防止等に関する取組		p22	カ 消防・防災訓練の状況 (13) レクリエーションの実施、地域交流・ボランティアの活用等の取組
p12	(5) 事故等の発生状況 ア 入所者等の事故発生状況 イ 事故とヒヤリ・ハットの区分けの考え方			p23
	p13	ウ 事故の市町村報告基準等 エ 事故・ヒヤリ・ハット事例の実績		

1 入所者等の状況

(1) 前年度入所者等実績調べ

年 月	営業日 (a)	介護老人保健施設		短期入所療養介護			
		施設入所者延べ数 ア	前年度(月)平均入所者数 イ=ア÷(a)	短期入所利用者延べ数 ウ	介護予防短期入所利用者延べ数 エ	短期入所合計延べ数 オ=ウ+エ	前年度(月)平均利用者数 カ=オ÷(a)
平成 30 年 4 月 30			0			0	0
平成 30 年 5 月 31			0			0	0
平成 30 年 6 月 30			0			0	0
平成 30 年 7 月 31			0			0	0
平成 30 年 8 月 31			0			0	0
平成 30 年 9 月 30			0			0	0
平成 30 年 10 月 31			0			0	0
平成 30 年 11 月 30			0			0	0
平成 30 年 12 月 31			0			0	0
平成 31 年 1 月 31			0			0	0
平成 31 年 2 月 28			0			0	0
平成 31 年 3 月 31			0			0	0
合 計	365	0	0	0	0	0	0

※1 入院又は外泊期間中(施設サービス費を算定しない期間)は、入所者数に含めないこと。

※2 イ及びカについては、小数点第2以下を切り上げた数値を記載すること。

(2) 要介護度別入所者数(老健)

【実地指導実施月の前々月末日の状況】

(年 月末日現在)

	入所者数(a)+(b)	男(a)	女(b)
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

(3) 要介護度別実利用者数(短期入所)

【実地指導実施月の前々月の状況】

(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

※1 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)

※2 当月中に利用した者について記載すること。

(4)入所者等の認知症状の状況 《(2)及び(3)の入所者等の状況》

	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を目安		
	I 相当	II~III相当	IV~M相当
介護老人保健施設			
短期入所療養介護			

※1 認知症の区分については、主治医や認定調査によるものでなくても構いません。

(介護支援専門員等職員の認識で可)

(5) 介助等の状況 《(2)及び(3)の入所者等の状況》

	移動介助※1			食事介助※2					排せつ介助※3		
	自立	一部介助	全部介助	自立	一部介助	全部介助		自立	一部介助	全部介助	
						胃ろう等※4	経鼻※4				
介護老人保健施設											
短期入所療養介護											

※1 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の方。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。

※2 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くこと、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。

※3 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。

※4 「胃ろう等」は胃ろうの他、腸ろうも含み、「胃ろう等」と「経鼻」の欄には、入所者等の実数を記載してください。

(6) 「おむつはずし」の取組

日中等における「おむつはずし」の取組の有無	有 ・ 無
※「おむつはずし」の取組を行っている場合、その状況・成果について記入してください。	
※「おむつはずし」の取組を行っていない場合、その理由について記入してください。	

(7) 入浴介助 《(2)及び(3)の入所者等の状況》

区分	介護老人保健施設			短期入所療養介護		
	一般浴	特別浴	清拭(定期)	一般浴	特別浴	清拭(定期)
入所者等数	人	人	人	人	人	人
区分	一般浴(大浴槽)	一般浴(家庭浴槽)	特別浴	一般浴(大浴槽)	一般浴(個浴)	特別浴
	1回の利用者数	1回の利用者数	1回の利用者数	1回の利用者数	1回の利用者数	1回の利用者数
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	着脱・整容	着脱・整容
	浴室	浴室	浴室	浴室	浴室	浴室
	居室等から誘導	居室等から誘導	居室等から誘導	居室等から誘導	居室等から誘導	居室等から誘導
	看護	看護	看護	看護	看護	看護
	計(実数)	計(実数)	計(実数)	計(実数)	計(実数)	計(実数)

※1 「入所者等数」には、入所者、利用者において、一般的に利用する入浴形態について記入してください。概算で構いません。

※2 「一般浴」は大浴槽の他、家庭浴槽(個浴)も含まれます。「特別浴」は、寝台浴、チェア浴を指します。

※3 「介助職員等の配置状況」について、各介助業務等を1人の職員が兼ねている場合は、それぞれの業務で1人とカウントし、計は実人員を記入してください。

(8) 行動障害のある入所者等

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者(ニシャル)等		行動障害の内容	入所・利用開始年月日	事業別
性別	年齢		入所・利用開始からの身体拘束実施の有無	
			有・無	老健 ・ 短期入所
			有・無	老健 ・ 短期入所
			有・無	老健 ・ 短期入所
			有・無	老健 ・ 短期入所

※1 行動障害(徘徊、大声を発する、乱暴な口の利き方等を頻りに繰り返すなど)のある入所者・利用者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: 実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※3 人数が多い場合などは既存の資料で項目を満たすものがあればその添付により代えることもできます。

2 職員等の状況

○実地指導月の前々月における職員の状態

(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

* 介護支援専門員の資格証の有効期限及び更新手続き状況を法人及び施設内でどのように確認・管理しているか記載してください。【資料作成日現在】

※ 1 職種は、管理者、医師、支援相談員、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等と記載すること。
 ※ 2 資格は、医師、薬剤師、看護師、准看護師、介護福祉士、旧ヘルパー1級、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等と記載すること。
 ※ 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 当該施設の勤務割合は、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 ユニット型の施設・事業所にあつては、「備考」にユニットリーダーである者に「ユニットリーダー」と記載すること。
 ※ 7 行が不足する場合は、行を追加するかページを追加して作成すること。

3 入所者等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) 身体拘束等の適正化に関する取組	身体拘束を行う際の考え方、手続き等(マニュアル等)を定めたものの整備		有・無	マニュアル等の掲載内容						
				<input type="checkbox"/> 基本方針			<input type="checkbox"/> 身体拘束実施・継続の手順			
				<input type="checkbox"/> 身体拘束解除の手順			<input type="checkbox"/> 身体拘束実施の記録内容等			
	マニュアル等の名称		初回作成時期	平成	年	月	最終更新時期	平成	年	月
	身体拘束実施時・解除時のフロー(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・確認していますか。								有・無	
	「無」の場合、検討を行わなかった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名及び人数									
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、記録を行わなかった理由を記入してください。										
利用者や家族に対して、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理由を記入してください。										
利用者や家族に対して説明を行う職員の職種名										

※1 具体的に記載してください。

※2 「マニュアル等の掲載内容」について、下段の項目を盛り込んでいる場合は、該当する項目前の□にレ点を入れてください。

※3 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※4 不足分は行を追加して記載してください。

(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) 身体拘束等の適正化に関する取組 (続き)	実施の際には、その態様及び時間、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、記録を行わなかった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」の三つの要件に該当するかどうかを、再検討していますか。			有 ・ 無
	「無」の場合、再検討を行わなかった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、記録を行わなかった理由を記入してください。			
	身体拘束廃止検討委員会等の開催状況【実地指導実施月の前々月から過去1年分】			
	委員会等の設置規定の有無	委員会等の名称	委員会等の構成職種等	開催頻度
	有 ・ 無			
	開催年月日	出席者の職種及び人数	委員会等の議題・検討内容等	
身体的拘束等の適正化のための委員会等の検討内容の職員への周知方法				
身体的拘束等の適正化のための指針の有無			有 ・ 無	

※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:実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

(既存資料の活用も可能です。)

(1) 身体拘束等の適正化に関する取組 (続き)	身体拘束等の適正化のための研修実施状況(実地指導月を含む年度の前年度分)					
	開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種及び人数	研修内容	
その他(身体拘束等の適正化のための取組を行っていただければ、記入してください。)						

※1 具体的に記載してください。

※2 【実地指導実施月を含む年度の前年度分】の例:実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30年度

※3 不足分は行を追加して記載してください。

(2) 身体拘束の実施状況

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。なお同一人物で同じ拘束方法であれば1人としてください。)

【介護老人保健施設】

【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	年 月
実人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

【短期入所療養介護】

【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	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:実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

イ 身体拘束の実施状況(前頁 ア に挙げた入所者等について記載してください。)

【老人保健施設】

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者イニシャル等		入所年月日	拘束の方法	拘束の理由	今後の処遇方針	家族等への説明・確認	拘束に係る記録
性別	年齢	拘束実施日又は拘束実施期間					
		拘束解除日又は拘束しなくなった日					
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無

【短期入所療養介護】

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者イニシャル等		利用開始年月日	拘束の方法	拘束の理由	今後の処遇方針	家族等への説明・確認	拘束に係る記録
性別	年齢	拘束実施日又は拘束実施期間					
		拘束解除日又はしなくなった利用日					
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無

※1 今後の処遇方針 には、作成日時点で実施している事例についてのみ記載してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※3 人数が多い場合などは既存の資料で項目を満たすものがあればその添付により代えることができます。

ウ 身体拘束等実施事例(イに記載した者のうち、「緊急やむを得ない身体拘束等に関する説明書」の確認日付の新しい者3名の状況を記入してください。)

氏名		性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体拘束等の方法	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	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

氏名		性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体拘束等の方法	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	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

氏名		性別		要介護度		拘束開始年月日		拘束終了予定年月日		
No.	確認日	身体拘束等の方法	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	拘束開始及び解除の予定(拘束実施期間)	拘束に係る記録
										有・無
										有・無
										有・無

※1 「No.」は利用者家族から徴する説明書が複数ある場合に期日の古い順から通し番号を記入してください。

※2 「確認日」には、「緊急やむを得ない身体拘束等に関する説明書」の入所者等の確認日を記入してください。

※3 例外的に身体拘束等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。

エ 身体拘束等の解除事例(イに記載した者のうち、身体拘束等の解除に係る成功事例を記入してください。)

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

※身体拘束等を行っていたことにより、手足の機能が廃用したため、身体拘束等解除に至った場合や入院・死亡等が原因の施設退所は除く。

(3) 虐待防止への取組

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

職員等による高齢者虐待防止のために何らかの指針等を作成していますか。					有 ・ 無	
指針等の名称		初回作成時期	年 月	最終更新時期	年 月	
職員等による高齢者虐待を受けたと思われる事象を確認した場合は、どのような取組・対応を行っているかを記入してください。						
虐待防止のための研修の開催状況(実地指導実施月を含む年度の前年度分)						
開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種及び人数	研修内容		
その他、虐待発生防止の取組を行っていれば、記載してください。						

※1 「指針等の名称」には、職員等による高齢者虐待防止のための指針等を作成している場合、当該指針等の名称を記入してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例: 実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※3 【実地指導実施月を含む年度の前年度分】の例: 実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30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**】

事故防止検討委員会等の開催状況					
委員会等の設置規定の有無		委員会等の名称	委員会等の構成職種等		開催頻度
有 ・ 無					
開催年月日	出席者の職種及び人数		委員会等の議題・検討内容等		
(4) 事故発生防止等に関する取組	事故防止検討委員会等の検討内容の職員への周知方法				
	事故発生の防止のための指針の有無				有 ・ 無
	事故内容及び再発防止策についての職員への周知方法				
	事故発生の防止のための研修の開催状況(実地指導実施月を含む年度の前年度分)				
	開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種及び人数	研修内容
その他、事故発生防止の取組を行ってれば、記載してください。					

※1 【**実地指導実施月の前々月から過去1年分**】の例: 実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※2 【**実地指導実施月を含む年度の前年度分**】の例: 実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30年度

※3 不足分は行を追加して記載してください。

(5) 事故等の発生状況

ア 入所者等の事故発生状況

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

対象者イニシャル等		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	市町村への報告	損害賠償の有無	事業別
性別	年齢						
					有・無	有・無	施設 ・ 短期入所
					有・無	有・無	施設 ・ 短期入所
					有・無	有・無	施設 ・ 短期入所
					有・無	有・無	施設 ・ 短期入所

※1 死亡事故、医療機関への受診を要した負傷事故のほか、誤薬・盗難・傷害事件・行方不明・個人情報紛失等で家族に説明を要する事案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：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※3 人数が多い場合などは既存の資料で項目を満たすものがあればその添付により代えることができます。

イ 事故とヒヤリ・ハットの区分けの考え方

区分	事故		ヒヤリ・ハット	
内容(定義)		いつから		いつから

※ 施設(事業所)において、いつからどのような事象を事故やヒヤリ・ハットと定義しているか記入してください。(介護老人保健施設と短期入所療養介護事業所で定義が異なる場合は、それぞれ記入してください。)

ウ 事故の市町村報告基準等

(年 月)

どのような事故を市町村へ報告することとしているか、報告基準を下記に記入してください。	事故報告基準の市町村確認の有無
	有 ・ 無

エ 事故・ヒヤリ・ハット事例の実績(実地指導実施月を含む年度の前年度分)

○事故種別

事故内容	件数	
	介護老人保健施設	短期入所療養介護
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

○ヒヤリ・ハット種別

ヒヤリ・ハット内容	件数	
	介護老人保健施設	短期入所療養介護
転倒・転落しそうになる		
挟まる・ぶつかりそうになる		
誤嚥・誤飲		
異食		
誤薬・与薬		
環境不整備(し忘れ)		
離設		
その他		
計	0	0

○発生時間帯別事故件数

時間帯	件数	
	介護老人保健施設	短期入所療養介護
0:00-2:59		
3:00-5:59		
6:00-8:59		
9:00-11:59		
12:00-14:59		
15:00-17:59		
18:00-20:59		
21:00-23:59		
不明		
計	0	0

○発生場所別事故件数

発生場所	件数	
	介護老人保健施設	短期入所療養介護
居室		
機能訓練室		
談話室		
食堂		
浴室		
洗面所		
トイレ		
廊下・玄関		
その他		
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ものがあれば、それでも構いません。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これに代えることができます。

※2 【実地指導実施月を含む年度の前年度分】の例: 実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30年度

○発生月別事故件数(介護老人保健施設)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
件数								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
件数							0	

○発生月別ヒヤリ・ハット件数(介護老人保健施設)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
件数								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
件数							0	

○発生月別事故件数(短期入所療養介護)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
件数								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
件数							0	

○発生月別ヒヤリ・ハット件数(短期入所療養介護)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
件数								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
件数							0	

オ エで集計している事故のうち、同一入所者等で複数回発生している状況

入所者等名	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	事業別
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所

※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。

カ エで集計しているヒヤリ・ハット事例のうち、同一入所者等で複数回発生している状況

入所者等名	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	事業別
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所
							有・無	<input type="checkbox"/>	施設 ・ 短期入所

※1「改善策の検証の有無」には、ヒヤリ・ハット確認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、ヒヤリ・ハット確認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。

(6) 苦情対応について

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	
	入所者との関係 ()		
	入所者との関係 ()		
	入所者との関係 ()		
	入所者との関係 ()		
	入所者との関係 ()		

※ 【前年度】の例: 実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30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)			

(7) 感染症、食中毒の防止対策

感染対策委員会等の開催状況【 <u>実地指導実施月の前々月から過去1年分</u> 】							
委員会等の設置規定の有無		委員会等の名称		委員会等の構成職種等		開催頻度	
有 ・ 無							
開催年月日	出席者の職種及び人数			委員会等の議題・検討内容等			
感染対策委員会等の検討内容 の職員への周知方法							
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針の有無		有 ・ 無	初回作成時期	年 月	最終更新時期	年 月	
感染及び食中毒の予防及びまん延の防止の研修の開催状況(<u>実地指導実施月を含む前年度分</u>)							
開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種及び人数		研修内容		
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(実地指導実施月を含む前年度分)					有 ・ 無	(有の場合その内容)	
浴槽水のレジオネラ属菌検査実施日		年 月 日	年 月 日				
その他の感染症・食中毒 発生防止の取組を行って いれば、記載してくださ い。							

※1【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例: 実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※2【実地指導実施月を含む前年度分】の例: 実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30年度

※3 不足分は行を追加して記載してください。

(8) 褥瘡予防対策

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

褥瘡管理委員会等の開催状況			
委員会等の設置規定の有無	委員会等の名称	委員会等の構成職種等	開催頻度
有 ・ 無			
開催年月日	出席者の職種及び人数	委員会等の議題・検討内容等	
褥瘡対策指針の規定の有無	有 ・ 無	褥瘡のハイリスク者に対する褥瘡予防計画の作成の有無	有 ・ 無
褥瘡予防担当者の設置の有無	有 ・ 無	医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームの設置の有無	有 ・ 無
褥瘡対策に関する職員継続教育の有無	有 ・ 無	実地指導対象期間中の計画実践者数	人
その他、褥瘡予防の取組を行っていただければ、記載してください。			

※1【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※2【実地指導対象期間中】の例：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

(9) 研修開催の状況

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

研修機会の確保				
従業者等の研修計画	有・無	研修計画の作成方法		
研修の実施状況				
開催年月日	開催形態	講師名	参加者(施設・事業所職員)の職種 及び人数	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)
外部研修の内容を職員へ周知する方法				
研修欠席者への研修内容の周知方法				
研修効果向上の取組				

※1 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

※2 拘束・感染症・事故の部分で記載済みの研修については、記載不要です。

※3 「研修効果向上の取組」には、施設・事業所において、職員の研修参加率向上の取組や研修効果の確認等を行っている場合は、その内容を記入してください。

※4 具体的に記載し、行が足りない場合は追加してください。

(10) サービスの質の評価の取組

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

施設の提供するサービスについて、入所者等又はその家族からアンケート等の手法を用いて評価してもらっていますか。	はい ・ いいえ
※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、下記に記入してください。	
部署(例えば、棟毎、ユニット毎、介護部・看護部毎)で年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	はい ・ いいえ
※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、下記に記入してください。	
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。	はい ・ いいえ
※施設で様式を定め、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に係る取組を行っている場合は、下記に記入してください。	

※ 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

(11) 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、業務上知り得た入所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。

--

(12) 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	年 月 日 受講
防火管理者 選任年月日	年 月 日 選任	消防署への届出 年月日	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	年 月 日 作成	消防署への届出 年月日	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
-------	--	-------	-------

【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	災害対応マニュアルへの位置付けの有無		
	作成年月日	避難場所	避難経路	自力避難困難者等の避難方法
火災	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
地震	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
風水害	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
津波	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
土砂災害	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			
その他※	あり ・ なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	年 月 日			

※「その他」のマニュアルを作成している場合は、災害の名称を記載

市町村地域防災計画に 定められた要配慮者利用施設	該当 ・ 非該当	水防法等に基づく災害対策 計画等の市町村への提出	提出 ・ 未提出
関係機関との協議状況(消防 署・市町村等からの指導・助言)			
各種職員への周知状況			

【直近の状況】

【改善状況】

(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： 年 月 日 指導内容：													

※1 【前年度実績】の例：実地指導が令和元年度中に行われる場合→平成30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 夜間に避難訓練等を行った場合や限界時間想定訓練を実施した場合には、「実施内容」に「○」ではなく「夜」や「限」を記入してください。

※4 「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。

(13) レクリエーションの実施、地域交流・ボランティアの活用等の取組

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

施設内でのレクリエーションや、地域住民、外部ボランティアの受け入れ等を行っている場合、活動内容について記入してください。

※ 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が令和元年5月に行われる場合→平成30年4月から平成31年3月まで

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25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 当時の記録がなく、指摘事項が判らない場合は「不明」と記入してください。

※3 記入しきれない場合は別紙としてください。