

令和 年度  
指定介護療養型医療施設  
指定(介護予防)短期入所療養介護  
指導監査事前提出調書

(作成日 令和 年 月 日)

対象施設等の種別	
施設等名	
記入者職・氏名	

※調書内で「基準月」という表記については、「資料作成月の前月」と読み替えてください。

盛岡市保健福祉部地域福祉課

## 1 建物設備の状況

※施設平面図（既存のもの）を添付すること。

※施設で作成している既存資料がある場合は、この「建物設備の状況」の作成に代えて、既存資料を提出すること。

### (1) 建物(全体)

耐火構造	m <sup>2</sup>
簡易耐火構造	m <sup>2</sup>
合計	m <sup>2</sup>

### (2) 設備(介護療養型施設として指定を受けている部分)

設 備	従来型の場合						ユニット型の場合		
	病院		診療所		老人性認知症疾患療養病棟		ユ ニ ッ ト	室数	床 面 積
	室数	床 面 積	室数	床 面 積	室数	床 面 積			
病 室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>	ユ ニ ッ ト		
機 能 訓 練 室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>			病 室	室	
生活機能訓練室					室	m <sup>2</sup>	共 同 生 活 室	室	
談 話 室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>			洗 面 設 備	室	m <sup>2</sup>
面 会 室					室	m <sup>2</sup>	便 所	室	
デ イ ル ー ム					室	m <sup>2</sup>	機 能 訓 練 室	室	
食 堂	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>	浴 室	室	m <sup>2</sup>
浴 室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>			

※内法で記入すること。

### (3) 療養室の状況

	室数	床面積	1人当たり面積	備考
1人部屋	室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
2人部屋	室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
3人部屋	室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
4人部屋	室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
合 計	室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	

2 入院患者の状況（前年度実績と作成月の前月まで記入すること）

※施設で作成している既存資料がある場合は、この「入院患者の状況」の作成に代えて、既存資料を提出すること。

作成日(令和 年 月 日)現在

区分 年度 月	入院患者延数 イ	短期入所利用者延数 ロ	合計延べ人数 イ+ロ=ハ	前年度平均 入院患者数 ハ÷前年度日数	退 院 者							
					社会 復帰	在宅 復帰	医療 機関 入院	他施 設へ 転出	死亡	その 他	計	
前 年 度	4	人	人	人		人	人	人	人	人	人	人
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	1											
	2											
	3											
	度	計			人							
今 年 度	4											
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	1											
	2											
	3											
	度	計										



合計	名							
C 就業規則で定めた 1週間の勤務時間 (32 時間を下回る場合 は 32 時間とする。)		時間						

【記入要領】

- 記載の対象は、次に規定されている人員とすること。
  - 盛岡市指定介護療養型医療施設の人員，設備及び運営に関する基準を定める条例
  - 盛岡市指定居宅サービス等の事業の人員，設備及び運営に関する基準等を定める条例
  - 盛岡市指定介護予防サービス等の事業の人員，設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例
 ただし，介護保険に係る指定を受けた病棟（以下、「指定病棟」という。）以外の療養病棟でも短期入所療養介護を行っている場合は，当該病棟分の職員も記入すること。なお，その記入に当たっては別葉とし，表題の隣の「指定病棟以外の療養病棟分」のところに丸を付けること。
- 看護職員のうち，専ら病院全体の看護管理に従事する者（総師長等）については「看護職員（総師長）」のように職種の脇に役職名を記入すること。
- 「A 職員の1週間の勤務時間」欄は，当該事業所における勤務時間を記入すること。  
 なお，勤務形態が2週間で4時間勤務等，不規則な勤務シフトの場合は，1週間の勤務時間に換算すること。
- 「辞令交付又は雇用契約」欄は，従業者の任免を書面で行っていない場合は「無」と記入すること。

(記入例)

(病院等の指定療養病棟分 指定病棟以外の療養病棟分)

作成日(令和 年 月 日)現在

氏名	勤務先	職種	A 職員の 1週間の 勤務時間	B=A÷ C (小数点以下第2位 まで)	当該事業所で 勤務を始めた日	現在の職種に 就いた日	辞令交付 又は 雇用契約	資格及び資格取得年月日
〇〇 〇〇	〇〇病院	医師	40時間	1	S60. 8. 1	S60. 8. 1	辞令	医師 S55. 4. 1
△△ △△	〃	介護支援専門員	40時間	1	H12. 4. 1	H15. 4. 1	辞令	介護支援専門員 H14. 11. 1
〃	〃	介護職員	40時間	1	H9. 8. 1	H9. 8. 1	辞令	介護福祉士 H3. 4. 1
□□ □□	〃	看護職員	20時間	0.5	H12. 4. 1	H12. 4. 1	雇用契約	看護師 H6. 4. 1
▽▽ ▽▽	〃	理学療法士	10時間	0.25	H12. 4. 1	H12. 4. 1	雇用契約	理学療法士 H9. 4. 1
〇〇 〇〇	〃	看護職員(総師長)	40時間	1	H1. 9. 1	H1. 9. 1	辞令	看護師S56. 4. 1
△△ △△	〃	栄養士	40時間	1	H12. 4. 1	H12. 4. 1	なし	管理栄養士H3. 4. 1

C 就業規則で定めた1週間の勤務時間 (32時間を下回る場合は32時間とする。)	40 時間
---	-------

4 入院患者(入所者)等に対する施設処遇の実施状況

※施設で作成している既存資料がある場合は、この「入院患者(入所者)等に対する施設処遇の実施状況」の作成に代えて、既存資料を提出すること。

(1) 日常生活状況等

食事時間及び検食の状況			嗜好調査の実施状況	献立の工夫状況	直近1週間の1人1日当たり平均エネルギー量等	保存食の実施状況	
朝食	検食時間 時 分	食事時間 時 分	・実施(年 回) <調査方法> 1. 聞き取り 2. アンケート 3. その他( ) ・未実施	・行事食メニュー 回/週・月・年  ・選択メニュー 回/週・月・年	・普通食 kcal 実利用人員 人  ・療養食 (平成12年厚生省告示第32号) 治療食 実利用人員 人 経管栄養食 実利用人員 人 ※(濃厚流動食) 検査食 実利用人員 人  計 人 ※濃厚流動食の使用品名 ( )	有(保存期間 ) ・ 無	
	検食者職名						残食調査の実施状況 ・実施 1. 毎食 2. 毎月1回 3. その他  ・未実施
昼食	時 分	時 分	・実施 1. 毎食 2. 毎月1回 3. その他  ・未実施	食事の提供場所 (実利用人員を記入する) 食堂等 人 ベッド上 人	調理従事者検便実施状況  ・実施( 回/年)  ・未実施		
	検食者職名					残食調査の実施状況 ・実施 1. 毎食 2. 毎月1回 3. その他  ・未実施	食事の提供場所 (実利用人員を記入する) 食堂等 人 ベッド上 人
夕食	時 分	時 分	・実施 1. 毎食 2. 毎月1回 3. その他  ・未実施	食事の提供場所 (実利用人員を記入する) 食堂等 人 ベッド上 人	調理従事者検便実施状況  ・実施( 回/年)  ・未実施		
	検食者職名					残食調査の実施状況 ・実施 1. 毎食 2. 毎月1回 3. その他  ・未実施	食事の提供場所 (実利用人員を記入する) 食堂等 人 ベッド上 人
入浴の実施状況			おむつ使用等の状況	機器等の使用状況			
・一般浴(1人当たり)週 回 対象者数 人 入浴日 曜日及び 曜日 ・特殊浴(1人当たり)週 回 対象者数 人 入浴日 曜日及び 曜日			・使用者数 名  ・うち夜間のみ使用 名  ・定時交換回数 回/日  ・トイレ誘導者数 名 (ポータブルトイレも含む) ・誘導回数 回/日	<機器名> <使用人数> <施設保有数> ・車いす 人 台  ・歩行器 人 台  ・杖 人 台  ・ポータブルトイレ 人 台  ・その他 人 台	・入院前から _____ 名  ・入院後発症 _____ 名		
当日入浴できない者の処遇状況 1. 当日は、全身清拭を行っている。 2. 可能となったときに入浴させる。 3. 可能となったときに全身清拭を行っている。 4. 次の入浴日まで入浴等は行わない。 5. その他( )			療養室のカーテンの設置状況  有 ・ 無				

(2) 入院患者の身体的拘束等の状況

※施設で作成している既存資料がある場合は、この「入院患者の身体的拘束等の状況」の作成に代えて、既存資料を提出すること。

身体的拘束等を行っている者の状況

氏名	年齢	拘束の開始(終了) 年 月 日	入居者の心身の状況及び 具体的な拘束の状況	入居者及びその家族 に対する説明の有無	記録の有無

5 職員研修の状況（資料作成月の前1年間について記入すること）

※事業所で作成した既存資料がある場合には、既存資料を提出すること。

※内部研修の場合は、主催者、開催地の記入は不要。

開催年月日	研修内容	主催者	開催地	開催期間	事業所からの参加職種	事業所の 参加人数



**6 職員会議(処遇会議等各種会議及び各種検討会等)の実施状況 (資料作成月の前1年間について記入すること)**

※施設で既に作成している資料があれば写しを提出すること。

会議等の名称	参加職員	実施状況 (回/月, 随時等)	記録の有無	主な内容

**7 職員の健康診断の状況**

※施設で既に作成している資料があれば写しを提出すること。

	健康診断実施年月日(予定日)	受診者数(予定数)	二次検診	未受診者の取扱
前年度		名	名	
今年度		名	名	

## 8 非常災害対策の状況

### (1) 消防計画及び防火管理者の届出状況

消防計画の消防署への届出(直近)	年 月 日
防火管理者職氏名	

### (2) 各種防災訓練の実施状況(前年度)

訓練で想定した災害の種類(該当する災害を○で囲むこと)

・地震 ・火災 ・水害 ・土砂災害 ・その他( )

区分	実施回数	実施月	消防署への事前届出	消防署の立会	記録
避難訓練	___( )		有(回)・無	有(回)・無	有・無
救助訓練	___( )		有(回)・無	有(回)・無	有・無
通報訓練	___( )		有(回)・無	有(回)・無	有・無
消火訓練	___( )		有(回)・無	有(回)・無	有・無

(注) 1 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従ってそれぞれ記入すること。

2 夜間又は夜間を想定した訓練を実施した場合は、右( )書きに再掲すること。

### (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	緊急時連絡網等の整備	有・無
-------------	-----	------------	-----

### (4) 消防署の立入検査の状況

実施年月日	指導指示等の内容
	(文書)
	(口頭)
	(上記に対する改善措置)

### (5) 関係機関及び地域防災組織への通報及び連携体制の整備

通報体制の整備の状況	
連携体制の整備の状況	
職員に対する周知方法	

### (6) 非常食の状況

非常食の有無	有( 日分) ・ 無
--------	------------

(7) 防災設備の保守点検の状況

業者委託による点検	有(年 回) ・ 無
自主点検	点検事項 実施者

(8) 避難確保計画の作成状況

※盛岡市防災マップ上で、洪水又は土砂災害が想定される地区に立地している場合に記載すること。

作成の有無	市への提出の有無	市への提出日
有 ・ 無	有 ・ 無	年 月 日

(9) 非常災害対策計画（老人福祉施設等が定める非常災害に対する具体的な計画）の作成状況

非常災害対策計画が作成されているか	有 ・ 無
非常災害対策計画は、火災に対処するための計画のみではなく、火災、水害・土砂災害、地震等の地域の実情も鑑みた災害にも対処できるものであるか（必ずしも災害ごとに別の計画として策定する必要はない）。	有 ・ 無
非常災害対策計画は、以下の項目が盛り込まれているか。	
老人福祉施設等の立地条件(地形等)	有 ・ 無
災害に関する情報の入手方法(「避難準備情報」等の情報の入手方法の確認等)	有 ・ 無
災害時の連絡先及び通信手段の確認(自治体、家族、職員等)	有 ・ 無
避難を開始する時期、判断基準(「避難準備情報発令」時等)	有 ・ 無
避難場所(市町村が設置する避難場所、施設内の安全なスペース等)	有 ・ 無
避難経路(避難場所までのルート(複数)、所要時間等)	有 ・ 無
避難方法(利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)等)	有 ・ 無
災害時の人員体制、指揮系統(災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)	有 ・ 無
関係機関との連携体制	有 ・ 無
非常災害対策計画の内容を職員間で十分共有しているか。 職員間での共有の状況( )	有 ・ 無
関係機関と避難場所や災害時の連絡体制等必要な事項について認識を共有しているか。 関係機関との共有の状況( )	有 ・ 無
避難訓練を実施し、非常災害対策計画の内容を検証し、見直しを行っているか。	有 ・ 無

9 利用者等からの苦情処理状況（前年度4月から資料作成日まで記入すること）

※施設で既に作成している資料があれば写しを提出すること。

(1) 処理体制

苦情解決責任者		苦情受付担当者		第三者委員 設置の有無	利用者等への周知の方法
(職名)	(氏名)	(職名)	(氏名)	有 ・ 無	

(2) 処理状況

	受付年月日	申立者と利用者 の関係	苦 情 内 容	処理年月日	処理方法及び結果
施設の相談窓口 に寄せられた苦情					
運営適正化委員会 を通じて寄せられた苦情					
国民健康保険団体連合会, 市町村等を通じて 寄せられた苦情					

※1 苦情処理簿等の写しを添付して代わりとしても可。

2 「処理方法及び結果」欄について、第三者委員を設置している場合は、報告の有無も記入すること。

3 サービス種別を明記すること。

## 10 介護報酬の請求状況

### (1) 基本事業の請求状況

#### ア 介護療養施設サービス分

内 訳	国保連請求月	基準月の前々月	基準月の前月	基準月	月遅れ請求・過誤調整の内容等
		令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	
当月分（前月にサービスを提供した分）請求件数	（ 月提供分）	件	（ 月提供分）	件	件
月遅れ請求件数		件		件	件
過誤調整分		件		件	件

#### イ 短期入所サービス分

内 訳	国保連請求月	基準月の前々月	基準月の前月	基準月	月遅れ請求・過誤調整の内容等
		令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	
当月分（前月にサービスを提供した分）請求件数	（ 月提供分）	件	（ 月提供分）	件	件
月遅れ請求件数		件		件	件
過誤調整分		件		件	件

### (2) 適用加算・減算

別紙の自己点検シートにチェックの上、提出すること。









