|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和　　年度**  **介護医療院**  **指定（介護予防）短期入所療養介護**  **指定（介護予防）通所リハビリテーション**  **運営指導事前提出調書**  （作成日　令和　　年　　月　　日）   |  |  | | --- | --- | | 事業所番号 |  | | 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　前年度利用者実績調べ

（１）　介護医療院・短期入所療養介護

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 合計 |
| Ⅰ型入所者延数　　　　　① |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ⅱ型入所者延数　　　　　② |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計延数　　③（＝①＋②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業日　　　　　　　　　　　④ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 前年度平均Ⅰ型入所者数⑤（＝①÷④）  （小数点第２位以下切り上げ） | | |  | | | | | | | | | |  |
| 前年度平均Ⅱ型入所者数⑥（＝②÷④）  （小数点第２位以下切り上げ） | | |  | | | | | | | | | |  |
| 前年度平均合計入所者数⑦（＝③÷④）  （小数点第２位以下切り上げ） | | |  | | | | | | | | | |  |

備考

１　新設又は増減床があった場合は、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について（平成３０年３月２２日 老老発０３２２第１号）第３の10の(5)の②

又は③に基づき入所者数を算出すること

２　外泊期間中（施設サービス費を算定しない期間）は、入所に含めないこと。

（２）　通所リハビリテーション（前年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　　分 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | 計（人） | 係数 | 換算後 の人数 |
| 介護サービス | １時間以上２時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×1/4 |  |
| ２時間以上３時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×1/2 |  |
| ３時間以上４時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×1/2 |  |
| ４時間以上５時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×3/4 |  |
| ５時間以上６時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×3/4 |  |
| ６時間以上７時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×１ |  |
| ７時間以上８時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×１ |  |
| 予防サービス | ２時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×1/４ |  |
| ２時間以上４時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×1/2 |  |
| ４時間以上６時間未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×3/4 |  |
| ６時間超　※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ×１ |  |
| 合計  （Ａ） |  |

※　介護予防利用者人数については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えて算出してもよい。

なお、同等の既存資料を添付することで代用しても差し支えない。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 合計（Ａ） | ÷ | 営業月数 | ＝ | 月平均利用延べ人数（Ｂ）  （小数点以下切り捨て） | Ｂ×6/7＝  毎日事業を実施している場合 | 毎日事業を実施している  場合の月平均延べ人数 |
|  |  |  |  |

２　　職員に関する調べ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  （事業所保管の写しで確認） |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。） | 医院 |  |  | 常勤換算方法による員数 | | 看　　　護　　　師 | | 准　　看　　護　　師 |
| 短期 |  | 介護医療院（Ｂ＝Ａ÷Ｃの合計） | | D | | E |
| 通所 |  | F　基準による必要な配置員数 | | F（１の⑦の「前年度平均入所者数」÷６≦D＋E） | | |
|  | |  | |
| 常勤換算方法による員数 | | 介　　護　　職　　員 | |
| 介護医療院（Ｂ＝Ａ÷Ｃの合計） | | Ｇ | |
| H　基準による必要な配置員数 | | H（（１の⑤の「前年度平均入所者数（Ⅰ型）」÷５）＋（１の⑥の「前年度平均入所者数（Ⅱ型）」÷６）≦G） | |

※１　職員名簿等の既存資料がある場合は、当該資料の利用可（ただし、上記の記載内容を満たさない場合は手書き等により追記すること。）

２　記載に係る職員の勤務実績表について、基準月の前々月から基準月までの３か月分を添付すること。

３　職種は、「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準（平成３０年厚生省令第５号）」で規定されている職種を記入すること。

４　「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。

５　「辞令又は雇用契約」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。

６　薬剤師の配置がない場合は、その対応方法を任意様式により添付すること。

（記入例）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　 　　 　　　　　令和○○年６月１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  （事業所保管の写しで確認） |
| 〇〇　〇〇 | 〇〇病院 | 医師 | ４０時間 | １ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 医師　Ｓ○○．４．１ |
| △△　△△ | 〃 | 看護職員 | ４０時間 | 1 | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 看護師　Ｈ○．４．１ |
| □□　□□ | 〃 | 看護職員 | ２０時間 | ０．５ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 准看護師　Ｈ○．４．１ |
| ××　×× | 〃 | 介護職員 | ４０時間 | １ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 介護福祉士　Ｈ○．４．１ |
| 〃 | 〃 | 介護支援専門員 | ４０時間 | １ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 〃 |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| □□　□□ | 通所リハビリ | 看護職員 | ２０時間 | ０．５ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 辞令 | 准看護師　Ｈ○．４．１ |
| ●●　●● | 通所リハビリ | 介護職員 | ３０時間 | ０．７５ | Ｈ○○．４．１ | Ｈ○○．４．１ | 雇用契約 | なし |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。） | 医院 | ４０　時間 |  | 常勤換算方法による員数 | | 看　　　護　　　師 | | 准　　看　　護　　師 |
| 短期 | ４０　時間 | 介護医療院（Ｂ＝Ａ÷Ｃの合計） | | D　　　　　　　　８ | | E　　　　　　　　　　２ |
| 通所 | ４０　時間 | F　基準による必要な配置員数 | | F（１の⑦の「前年度平均入所者数」÷６≦D＋E）　　　　　８ | | |
|  | |  | |
| 常勤換算方法による員数 | | 介　　護　　職　　員 | |
| 介護医療院（Ｂ＝Ａ÷Ｃの合計） | | Ｇ　　　　　　　　　　　　　　　　　　１２ | |
| H　基準による必要な配置員数 | | H（（１の⑤の「前年度平均入所者数（Ⅰ型）」÷５）＋（１の⑥の「前年度平均入所者数（Ⅱ型）」÷６）≦G）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　８ | |

|  |  |
| --- | --- |
| サービスを提供しなかった（できなかった）理由、件数 | 事後の対応等 |
| （１）　入院治療の必要があるため  （　　　　　　　　　　）件 | （事後の対応） |
| （２）　適切なサービスが提供できないため  （　　　　　　　　　　）件 | （適切なサービスが提供できない理由及び事後の対応） |
| （３）　その他  （　　　　　　　　　　）件 | （提供できない理由及び事後の対応） |

３　サービス利用申込と提供の状況（前年度４月から基準月まで）

４　入所退所に係る方針等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜介護医療院基準省令第12条＞

（１）　介護医療院入所者（短期入所療養介護利用者を除く）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　　分 | | | （基準月の前々月）  年　　　月 | （基準月の前月）  年　　　月 | （基準月）  年　　　月 |
| 在所者数  月　　　末 | 男 | | 人 | 人 | 人 |
| 女 | |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |
| 新規入所者数  （入所前の状況） | 医　療　機　関 | 併　設 |  |  |  |
| 協　力 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 社会福祉施設 | |  |  |  |
| 家　　　　　　庭 | |  |  |  |
| そ　　の　　他 | |  |  |  |
| 計 | | （　　　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 退　　　　　所　　　　　者　　　　　数  （退所後の状況） | 医　療　機　関 | 併　設 |  |  |  |
| 協　力 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 社会福祉施設 | |  |  |  |
| 在　　　　　　宅 | |  |  |  |
| そ　　の　　他 | |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |

※１　新規入所者は、以前入所していた者が再入所する場合も含むこと。また、短期入所者が引き続き入所したときは、（　）内に再掲すること。

２　新規入所者については入所以前の状況について、退所者については退所後の状況を記載する。

（２）　年齢、性及び入所期間別入所者数（基準日現在、短期入所を除く）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　分 | | | 入　　　　所　　　　者 | | | 入　　　　　　所　　　　　　期　　　　　　間 | | | | | | | | | | |
| ６ヶ月未満 | | | ６ヶ月から１年未満 | | | | | １年以上 | | |
| ～７４歳 | | 男 | 人 | | | 人 | | | 人 | | | | | 人 | | |
| 女 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 計 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| ７５歳～ | | 男 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 女 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 計 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 合　　計 | | 男 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 女 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 計 |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 平均年齢 | 男 | | 歳 | 女 | 歳 | 総　数 | 歳 | 平均入所  期間 | | 男 | ケ月 | 女 | ケ月 | | 総　数 | ヶ月 |

（３）　入所期間が、１年以上の者の在所理由

|  |  |
| --- | --- |
| 在　　　所　　　理　　　由 | 人　　　　数 |
| １　リハビリテーション（機能訓練、日常生活訓練等）を維持する必要があるため。  ２　ＡＤＬ等に問題は少なくなったが、家庭における介護が困難であるため。  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人  　　　　　　　　　　　　　　　　　人  　　　　　　　　　　　　　　　　人 |

（４）入所判定等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　　分 | 会　　議　　開　　催 | 会　　議　　出　　席　　者　　の　　職　　名 |
| 入所判定 | 定期（月　　　　回）・不定期 | 管理者･医師･薬剤師・看護職員・介護職員･理学療法士・作業療法士・支援相談員  ・介護支援専門員　・栄養士　・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 入所継続  要否判定 | 定期（月　　　　回）・不定期 | 管理者･医師・薬剤師･看護職員・介護職員･理学療法士・作業療法士・支援相談員  ・介護支援専門員　・栄養士　・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

５　利用料等の状況

　利用料の内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | | 単　　　　　価 | 基準月の前々月  　　年　　月 | 基準月の  前月  　　年　　月 | 基準月  　　年　　月 | 摘　　　　　　　　要 |
| 施設入所者 |  |  | 人 | 人 | 人 |  |
| 短期入所利用者 |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリ利用者 |  |  |  |  |  |  |

（記入例）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | | 単　　　　　価 | 基準月の前々月  　　年　　月 | 基準月の  前月  　　年　　月 | 基準月  　　年　　月 | 摘　　　　　　　　要 |
| 施設入所者 | 居住費  食費  特別な食事  （○○○食）  特別な療養室に係る費用  理美容代  その他の日常生活費  日用品費　　○○○代  教養娯楽費　　○○○代  　△△△費 | 円／食  円／日  円／回  円  円  円 | 人 | 人 | 人 | * １． 居住費（滞在費）、食費の単価については、施設等で作成し   ている料金表等を添付すること。   1. 特別な食事とは、利用者の希望により提供される高価な食材等を用いた食事であり、メニュー表等を添付すること。 2. その他の日常生活費については、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成１２年３月３０日老企第５４号）」に規定されるものであり、個別に内訳（○○、○○代…・・）を記載すること。   ※通所リハビリではおむつ代の徴収は認められているが、短期入所療養介護・介護医療医院においては、保険給付の対象とされており、利用者から別に支払を受けることはできないもの。   1. 短期入所の送迎費は厚生労働大臣が別に定める場合を除く。 2. 通所の送迎費は、利用者が通常の実施地域以外に居住する場合に限る。 |
| 短期入所利用者 | 滞在費  食費  特別な療養室に係る費用  送迎費  その他の日常生活費  日用品費　　　○○○代  教養娯楽費　　○○○代 | 円／日  円／ｋｍ（回）  円  円 | 人 | 人 | 人 |
| 通所リハビリ利用者 | 食費  時間延長費用  送迎費  おむつ代  その他の日常生活費  日用品費　　　○○○代  教養娯楽費　　○○○代 | 円／時間  円／ｋｍ（回）  円／枚  円  円 | 人 | 人 | 人 |

６　入所者等に対する施設処遇の実施状況

（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 |
|  | 検食時間 | 食事時間 | ・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  ・その他 | | ・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 |
| 朝食 | 時　　分 | 時　　分 |
| 検食者職名 | |
| 昼食 | 時　　分 | 時　　分 | 残食調査の実施状況 | | 調理従事者検便実施状況 |
| 検食者職名 | | ・実　　施  　１．毎食  　２．毎月1回  　３．その他  ・未実施 | | ・実　　施　（　　　　回／年）  　　・未実施 |
| 食事の提供場所 | |
| 夕食 | 時　　分 | 時　　分 |
| （実利用人員を記載する）  食堂等　　　　　　　　　　　　　人  ベット上　　　　　　　　　　　　人 | |
| 検食者職名 | |
| 入浴の実施状況 | | | | おむつ使用等の状況 | | 機器等の使用状況 | | 褥瘡患者の状況 |
| ・一般浴（入所者1人当たり）週　　　　回  　対象者数　　　　　　　人  　入浴日　　　　　　　　　曜日及び　　　　　曜日  ・特殊浴（入所者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  （ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚも含む）  ・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 * つ　え * ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ * その他 | | * 入所前から   　　　　　　　　　　　　　　　　　名   * 入所後発症   　　　　　　　　　　　　　　　　　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）　身体的拘束等の適正化を図るための取組み状況

　ア　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委員会名 | 開催年月日 | 参加職員 | 介護職員等への周知方法 |
| 第1回○○病院身体的拘束  適正化検討委員会 | 令和　年　月　日 | ○○医師、○○看護職員、○○介護職員 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

イ　身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。

①　指針制定（改正）年月日　　令和　　年　　月　　日（制定・改正）

②　下記内容について指針に盛り込まれているか。　適・否

身体的拘束等の適正化のための指針に盛り込む内容

① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項

③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

⑤ 身体的拘束等の発生時の対応に関する基本方針

⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

ウ　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施しているか。（年２回以上）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 開催年月日 | 記録の有無 | 参加していない職員への周知方法 |
| 第1回○○病院身体的拘束  適正化研修会 | 令和　年　月　日 | 有 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

エ　新規採用時に、身体的拘束等適正化の研修を実施しているか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 開催年月日 | 記録の有無 | 採用年月日 |
| 第1回○○病院身体的拘束  適正化研修会 | 令和　年　月　日 | 有 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

オ　身体的拘束等を行っている者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケース番号 | 年齢 | 拘束等の開始（終了）  年月日 | 利用者の心身の状況及び  具体的な拘束等の状況 | 入所者及びその家族に対する説明  及び同意の有無 | 記録の有無 | 身体的拘束等の廃止に向けた  個別の検討状況 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※　同等の既存資料を添付することで代用しても差し支えないが、表中の項目が不足している場合は、手書き等により追記すること。

７　機能訓練等の実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　分 | | 基準月の前々月  　　年　　月 | | | 基準月の前月  　　年　　月 | | | 基準月  　　年　　月 | | | 機能訓練の実施方法等 |
| 日　　数  実　　施 | 実人数  実　　施 | 延人員  実　　施 | 日　　数  実　　施 | 実人数  実　　施 | 延人員  実　　施 | 日　　数  実　　施 | 実人数  実　　施 | 延人員  実　　施 |
| 入所者 | 個別訓練 | 日 | 人 | 人 | 日 | 人 | 人 | 日 | 人 | 人 | １　個別訓練  ２　集団訓練  ３　レクリエーション  ４　機能訓練のための設備  ※直近１週間の計画表を添付すること |
| 集団指導 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所  利用者 | 個別訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集団指導 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリテーション  利用者 | 個別訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期集中リハビリ テーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集団指導 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　個別及び集団訓練の欄には、理学療法士・作業療法士の指導のもとに、入所者及び短期入所者においては個人ごとの施設サービス計画、通所者においては通所リハビリ

テーション計画に基づき計画的に実施した訓練についてその状況を記載すること。

８　職員研修の状況　（前年度及び今年度、予定を含む）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 |  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※　内部研修の場合は、主催者，開催地の記入は不要。

９　サービス評価の実施状況　（前年度）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 評価方法 | 具体的な実施方法 | 実施結果の具体 的な反映方法 | 評　　価　　結　　果　　の　　公　　表 |
|  |  |  |  | 有　　・　　無　　　（「有」の場合の公表方法） |

※　「評価方法」欄には、第三者評価、自己評価又は県、市町村の事業による評価の別を記入すること。

10　職員の健康診断の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 | １回目 |  | 名 | 名 |  |
| ２回目 |  | 名 | 名 |  |
| 今年度 | １回目 |  | 名 | 名 |  |
| ２回目 |  | 名 | 名 |  |

11　非常災害対策の状況

（１）　施設の立地状況

|  |  |
| --- | --- |
| 洪水浸水想定区域内の施設　（　該当　・　非該当　） | 土砂災害警戒区域内の施設　（　該当　・　非該当　） |

（２）　　非常災害に対する具体的計画の状況

　　ア　火災に関するもの

|  |  |
| --- | --- |
| 消防計画の届出（直近のもの） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 防火管理者の職・氏名 |  |

※　消防計画の届出について、消防法第８条の適用がない場合については、作成日を記入すること。

イ　自然災害に関するもの

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画策定（改正）日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |  | |
| 対象となる自然災害  （該当する災害を○で囲むこと） | 地震　・　水害　・　土砂災害　・　その他（　　　　　　　　　　） | |
| 掲載項目  （掲載済の項目に○をすること） |  | ①　介護保険施設等の立地条件 |  | ⑥　避難経路 | |
|  | ②　災害に関する情報の入手方法 |  | ⑦　避難方法 | |
|  | ③　災害時の連絡先及び通信手段の確認 |  | ⑧　災害時の人員体制、指揮系統 | |
|  | ④　避難を開始する時期、判断基準 |  | ⑨　関係機関との連絡体制 | |
|  | ⑤　避難場所 |  | | |

（３）　関係機関及び地域防災組織への通報及び連絡体制の整備

|  |  |
| --- | --- |
| 通報体制の整備状況 |  |
| 連絡体制の整備状況 |  |
| 職員に対する周知方法 |  |
| 消防団及び地域住民  との連携状況 |  |

（４）　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） | 区　　　　　　　分 | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前通報 | 消防署の立会 | 記　　　録 |
| ・地　　　　　　震  ・火　　　　　　災  ・水　　　　　　害  ・土　砂　災　害  ・その他（　　　　　　） | 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 |

※　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。

（５）　防災情報の事前取得の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　類 | ハザードマップ等の有無 | 入手状況 |
| 水　　　　　　　　　害 | 有　　・　　無 | 入手済　　・　　未入手 |
| 土　　砂　　災　　害 | 有　　・　　無 | 入手済　　・　　未入手 |
| その他（　　　　　　　） | 有　　・　　無 | 入手済　　・　　未入手 |

　　※１　各市町村で作成していないハザードマップもあるので、市町村の防災担当課に確認のこと。

（６）　消防署の立入検査の状況（直近）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 指導指示等の内容 | 左の改善措置 |
|  | （文書）  （口頭） |  |
|

※ 消防法第８条の適用がなく、消防署の立入検査の対象となっていない場合は記載不要。

（７）　非常食の状況

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

（８）　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 |

12　業務継続計画の策定等

（１）　感染症発生時の業務継続計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染症発生時の業務継続計画の策定 | | | 有　・　無 | 策定年月日 |  |
| 見直し年月日 |  |
| 研修の  実施状況 | 実施日 | | 参加人数（人） | 記録の有無 | 研修の内容 |
| 前年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 訓練（シミュレーション）の  実施状況 | 実施日 | | 参加人数（人） | 記録の有無 | 研修の内容 |
| 前年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※上記研修・訓練は「感染症の予防及びまん延防止のための研修・訓練」と一体的に実施しても差し支えありません。

（２）　災害発生時の業務継続計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害発生時の業務継続計画の策定 | | | 有　・　無 | 策定年月日 |  |
| 見直し年月日 |  |
| 研修の  実施状況 | 実施日 | | 参加人数（人） | 記録の有無 | 研修の内容 |
| 前年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 訓練（シミュレーション）の  実施状況 | 実施日 | | 参加人数（人） | 記録の有無 | 研修の内容 |
| 前年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※上記訓練は「非常災害対策に係る訓練」と一体的に実施しても差し支えありません。

13衛生管理（基準月現在）

（１）　感染症対策

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 感染症対策委員会の設置 | 有　・　無 | 設置年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 委員会開催の記録 | 有　・　無 |
| 前年度の開催回数 | 回 |
| 感染対策担当者 | 職　　　　　　　氏名 |
| 「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」の整備 | | 有　・　無 |  |
| 「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」の実施 | | 有　・　無 |

（２）　感染症患者である利用者の有無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 感染症患者 | 把握方法 | 病　　　　名 | 処遇方法 |
| 有　（　　　　　）名　　　・　　無　　　・　　把握せず |  |  |  |
|  |  |

（３）　一般浴槽

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 浴槽及び給湯設備の仕様 | 遊離残留塩素濃度測定実施及び記録の有無 | 末　　　　端  給湯栓温度 | 清掃回数 | レジオネラ属菌  検査実施年月日 | 備　　　　　考 |
| 浴槽 | 循環式 | 測定実施　（　有　・　無　）　記録　（　有　・　無　） |  | 回／週 |  |  |
| それ以外 |  |  | 回／週 |  |  |
| 給湯設備 | 貯湯タンクあり |  | ℃ | 回／年 |  |  |
| 貯湯タンクなし |  | ℃ | 回／年 |  |  |

※１　「浴槽及び給湯設備の仕様」欄には、該当する方を○で囲むこと。また、施設内で異なる仕様の設備を有する場合は、備考欄を利用し区別すること。

２　「清掃回数」欄は、浴槽については浴槽の全換水を行う１週間あたりの回数を、給湯設備については貯湯タンクの１年間あたりの清掃回数を記入すること。

３　「レジオネラ属菌の検査の実施年月日」欄は、基準日までの直近の検査実施年月日を記入すること。実施していない場合は「未実施」と記入すること。

（４）　廃棄物の処理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃棄物の種類 | 処理方法 | 処理簿等の有無 |
|  |  | 有　　・　　無 |
|  |  |
|  |  |

14　利用者からの苦情処理状況　（前年度４月から基準月まで）　　　　　　　　＜介護医療院基準省令第38条、居宅サービス等基準省令第36条、介護予防サービス等基準省令第53条の８＞

（１）　処理体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 苦情受付担当者 | 苦情解決責任者 | 第三者委員  設置の有無 | 第三者委員の職業  （設置している場合に記入） | 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 |
| 事業所の相談窓口に  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することで代用しても差し支えない。

２　居宅介護支援事業所等を経由して寄せられた苦情も記入すること。

３　「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、報告の有無も記載すること。

４　サービス種別を明記すること。

15　事故発生時の対応等

（１）　事故の予防

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事故発生防止のための委員会の設置 | 有　・　無 | 設置年月日 |  |
| 委員会開催の記録 | 有　・　無 |
| 前年度の開催回数 | 回 |
| 「事故発生の防止のための指針」の整備 | 有　・　無 |  | |
| 「事故発生の防止のための研修」の実施 | 有　・　無 |

（２）　事故の記録等　（前年度４月から基準月まで）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故発生  年月日 | 事故の概要及び怪我等の状態 | 報告年月日 | | | 処理結果及び再発防止策  （職員に対する周知方法も含む） |
| 家族等 | 市町村 | 介護支援  専門員 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※１　事故処理簿等の写しを添付することで代用しても差し支えない。（主な内容のもの１0件程度）

２　施設入所者、短期入所利用者及び通所リハビリテーション利用者別に記載すること。

３　サービス種別を明記すること。

16　虐待の防止

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 虐待防止のための委員会の設置 | 有　・　無 | 設置年月日 |  |
| 委員会開催の記録 | 有　・　無 |
| 前年度の開催回数 | 回 |
| 委員会の結果周知 | 有　・　無 |
| 「虐待防止のための指針」の整備 | 有　・　無 |  | |
| 「虐待防止のための研修」の実施 | 有　・　無 |

17　社会福祉法第２条第３項に規定する減免の状況　（具体的に記入すること。減免規定を添付する場合は記入不要。）

|  |
| --- |
|  |

18 　介護報酬の請求状況

（１）　介護医療院

ア　適用基準

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 区分（該当する区分に○印をつけること。） | |
| Ⅰ型介護医療院 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ）　　・　（Ⅲ） | （ⅰ）　　・　　（ⅱ） |
| Ⅱ型介護医療院 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ）　　・　（Ⅲ） | （ⅰ）　　・　　（ⅱ） |
| 特別介護医療院 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ） | （ⅰ）　　・　　（ⅱ） |
| ユニット型Ⅰ型介護医療院 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ） | （ユニット型）　　・　　（経過的ユニット型） |
| ユニット型Ⅱ型介護医療院 | （ユニット型）　　・　　（経過的ユニット型） |  |
| ユニット型特別介護医療院 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ） | （ユニット型）　　・　　（経過的ユニット型） |
| 特定短期入所療養介護 | （有）　　　　　・　　　　　（無） |  |

　　※　介護報酬に関する厚生省告示に基づくものとする。

（２）　短期入所療養介護

ア　適用基準

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 区分（該当する区分に○印をつけること。） | |
| 短期入所療養介護 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ）　　・　　（Ⅲ） | （ⅰ）　　・　　（ⅱ） |
| ユニット型短期入所療養介護 | （Ⅰ）　　・　　（Ⅱ） | （ⅰ）　　・　　（ⅱ） |
| 特定短期入所療養介護 | （有）　　　　　・　　　　　（無） |  |

　　※　介護報酬に関する厚生省告示に基づくものとする。

（３）　通所リハビリテーション

ア 適用基準

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 通所リハビリテーション | 通常規模型　・　大規模Ⅰ　・　大規模Ⅱ |

イ　サービス提供時間と介護給付費

|  |  |
| --- | --- |
| １単位のサービス提供時間 | 介護給付費算定上の所要時間　（該当する所要時間を○で囲むこと） |
| 開始時刻　　～　　終了時刻  １単位　　　　　　：　　　　～　　　　　：  ２単位　　　　　　：　　　　～　　　　　： | １時間以上２時間未満　・　３時間以上４時間未満　　・　　４時間以上６時間未満　　・　　６時間以上８時間未満 |

19　入所者一覧表（基準月を含む直近３ヶ月の入所者について作成）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　　　　　名 | 年齢 | 要介護度 | 負担軽減 | 住　　　　　　　所  （市町村名から記入） | 入所前の状況 | 利用開始  （終　了）  年月日 | 直近の  入所継続  判定日 | 療養食対象者のみ記入 | | 認知症  専門棟入所者 | 加算の内容 |
| 食事せん  発行年月日 | 療養食の種類 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　同等の既存資料を添付することで代用しても差し支えないが、表中の項目が不足している場合は、手書き等により追記すること。

２　「年齢」及び「要介護度」について、記載対象期間中に変更があった場合は、変更前と変更後の内容を併記すること（例　年齢「６７→６８」、要介護度「３→２」等）。

３　「負担軽減」欄には、社会福祉法第２条第３項に規定する減免は“社”　と記入すること。なお、生活保護法による介護扶助を受けている場合は“生”、その他の公費

負担による軽減がある場合は“他”と記入すること。

４　「入所前の状況」欄については、入所者が入所直前にいたところ（自宅や病院、短期入所療養介護事業所など）を記載すること。

５　「利用開始年月日」欄には、退所者がいる場合、終了年月日も記載すること。

６　「認知症専門棟」欄について、認知症専門棟に入所している場合に○印を記入すること。

７　「加算の内容」欄は、個別に算定される加算を算定している場合に加算の名称を記入すること（療養食加算を除く。）。

20　短期入所療養介護利用者一覧表（基準月を含む直近３ヶ月の利用者について作成）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　　　　　名 | 年齢 | 要介護度 | 負担軽減 | 住　　　　所  （市町村名から記入する） | 利用期間 | 居宅介護支援事業所名 | 加算の内容 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　　同等の既存資料を添付することで代用しても差し支えないが、表中の項目が不足している場合は、手書き等により追記すること。

２　「年齢」及び「要介護度」について、記載対象期間中に変更があった場合は、変更前と変更後の内容を併記すること（例　年齢「６７→６８」、要介護度「３→２」等）。

３　「負担軽減」欄には、生活保護法による介護扶助を受けている場合は“生”、その他の公費負担による軽減がある場合は“他”と記入すること。

４　利用期間については、○○月○○日～××日、△△日～◎◎日のように利用日を具体的に記載すること。

５　「加算の内容」欄には、個別に算定される加算を算定している場合に加算の名称を記入すること。

21　通所リハビリテーション利用者一覧表（基準月を含む直近３ヶ月の利用者について作成）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　　　名 | 年齢 | 要  介  護  度 | 負  担  軽  減 | 住　　　　　　　　　所  （市町村から記入） | 居宅介護支援事業所名 | 利用開始  (終　了)  年月日 | 加算の内容 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　同等の既存資料を添付することで代用しても差し支えないが、表中の項目が不足している場合は、手書き等により追記すること。

　　　なお、利用者には要支援者も含むこと。

２　「年齢」及び「要介護度」について、記載対象期間中に変更があった場合は、変更前と変更後の内容を併記すること（例　年齢「６７→６８」、要介護度「３→２」等）。

３　「負担軽減」欄には生活保護法による介護扶助を受けている場合は“生”　、その他の公費負担による軽減がある場合は“他”と記入すること。

なお、要支援者の場合は、「介護予防サービス計画書」と読み替えること。

４　「利用開始年月日」欄には、契約を終了した利用者がいる場合、終了年月日も記載すること。

５　「加算の内容」欄は、個別に算定される加算を算定している場合に加算の名称を記入すること。（入浴加算を除く。）