平成１９年度 介護老人保健施設実地指導提出資料

平成　　年　月作成

施設名

|  |
| --- |
| ※　本調書の作成においては平成１９年３月までについて記載してください。  ４月以降の新制度については、現地での書類点検を主とします。 |

１ 介護老人保健施設等の概要

(１) 介護老人保健施設の概要 　　　　平成１９年 月 日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施  設  等  の  状  況 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管 理 者 の 氏 名 | 医師・医師以外（ ） |
| 開設年月日 |  |
| 設置形態  【併設の場合、病院名（病床数）、標榜診療科名】 | 独立型（新築・改築）  併設型（新築・改築） |
| 入所定員等 | 入所定員 人 現員 人  短期入所定員 ―― 人 現員 人  通所リハ定員 人 １日当たり平均 人 |
| 施設・構造 | 建物延面積 階建 ㎡  建築構造 造 |
| 協  力  病  院 | 名称 |  |
| 開設者 |  |
| 所在地 | 施設から約 ｋｍ |
| 標榜診療科名 |  |
| 病床数 |  |
| 協医力療歯機科 関 | 名称 |  |
| 開設者 |  |
| 所在地 | 施設から約 ｋｍ |

（注）１ 「入所定員等」欄の通所リハ定員の１日当たり平均人数は、直近３ヵ月の実施日における１日当たりの平均利用者数とすること。

２ 「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の記載でよいこと。

(２) 介護老人保健施設を設置経営する法人等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 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（ ） |
| 代表者氏名 |  |
| 主たる事務所  の所在地 |  |
| Ⅰ 法人等の行う事業内容  【事業名、事業開始年月日、病床数及び定員数】 |  |
| Ⅱ 理事長が経営している「社会福祉法人又は病院等」の名称及び事業内容  【事業名、事業開始年月日、入所定員等】 |  |

（注） 「法人等の種別」欄は、該当する番号を○で囲むこと。

|  |  |
| --- | --- |
| (３)介護給付費算定に関する体制（該当する体制等に○印を付してください。） | |
|  | Ⅰ型　　　　Ⅱ型 |
| リハビリテーション機能強化 | なし　　　　あり |
| 認　知　症　専　門　等 | なし　　　　あり |
|  | 基準型　　　減算型 |
| 職員の欠員による減額の状況 | なし　　医師　　看護職員　　介護職員　　理学療法士  　作業療法士　　　介護支援専門員 |
|  | 栄養ケアマネジメント（有・無）　　経口移行（有・無） |

(４) 必要添付資料

①運営規程各１部（施設入所、通所リハ）

　　②介護老人保健施設の平面図１部（最新の許可平面図）

　　③重要事項説明書１部

　　④パンフレット等施設の概要がわかるもの１部

　　⑤施設ケアプランコピー１部（平均的入所者１人分一式のコピー、個人名・住所等は黒塗りしてもかまいません。）

（注）事務量、経費節減の観点から、個別に添付を求めている資料以外については、実地指導の際に点検するので添付の必要はありません。

２ 介護老人保健施設職員の状況

(１) 職員の配置状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏名 | 年齢 | 勤続年数 | 専任、兼任  非常勤の別 | 兼任先(職名) | 勤務  割合 |  | | 摘要 |
| うち  入所 | うち  通所リハ |
| (記入例)  管理者 |  | 歳 | 年 月 |  |  |  |  |  |  |
| 医師 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 准看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支援相談員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | 人 |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１ 「勤務割合」欄は、兼任・非常勤の介護老人保健施設における勤務の割合を、常勤者の通常の勤務時間を1として示すこと。専任者は1として記入すること。例えば、専任者の1日の通常の労働時間が8時間の時、兼任・非常勤者の介護老人保健施設勤務における1日の勤務時間が2時間であれば、２／８＝0.25と計算することとなる。勤務形態に合わせて、1月間、1週間又は1日単位で算定すること。

この割合を同様な方法で、入所を担当する割合は「入所」、通所リハを担当する割合は「通所リハ」にそれぞれ分けて記入すること。

２ 兼任・非常勤職員については、勤務日、勤務時間を｢摘要｣欄に記入するか、勤務割合表等を添付すること。

３ 医療機関及び特別養護老人ホーム等に併設した介護老人保健施設にあっては、当該医療機関等の職員の名簿を添付すること。

４ 勤続年数は、当該施設における勤続年数を記載すること。

(２)月別職員数及び利用者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基準配置人員 | 勤務形態 | 1８年1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | １９年1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月  （注）  １．「常勤」とは、就業規則上位置づけられた者（給与規程による常勤給料表の適用者）をいい、末日現在雇用されている人数を記入すること。  ２．「非常勤」については、当該事業に従事した当月の常勤換算（小数点以下２位切捨）後の人数を記入すること。なお、休暇及び出張等は換算しないこと。  ３．通所リハ等を兼任している職員については、通所リハ等に従事している勤務時間を換算しないよう注意すること。また、同一事業内における兼務については、その人数を（　）書きすること。  ４．「基準配置人員」については、前年度利用者数（新設・増床の場合は別途算定）及び各種加算の有無の要件となっている人数を記入すること。   |  | | --- | | 従業者の員数の算定基礎となる入所者の数  ＜１７・１８年度の平均値＞ | | １７年度　　　　　 人  １８年度　　　　　 人 | |
| 管理者 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護＋介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支援相談員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤の看護職員及び介護職員の採用・退職者数 | 看護職員 | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当月平均の利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6

(３) 職員の配置状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員に対する  辞令交付状況 | 人事記録 | 1週間の  勤務時間 | (通常)  4週 休 時間 | 健康診断の  実施状況 | 一般者 | 前年度 | 月及び 月実施 | 介護福祉  士の配置  状況 | 人 |
| 本年度 | 月及び 月実施(予定) |
| 交付・未交付 | 有 ・ 無 | (交替)  4週 休 時間 | 夜勤者 | 前年度 | 月及び 月実施 |
| 本年度 | 月及び 月実施(予定) |

（注）辞令の交付は、介護老人保健施設職員としての採用、昇格・昇給、退職及び法人内の他の事業所への異動などについて行うものであること。

(４) 職員研修の実施状況（平成１８年度分）

【内部研修】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 | 研 修 内 容 | 講師（講演者） | 参加者の職種 | 参加人員 |
|  |  |  |  | 人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【外部研修】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 | 研 修 内 容 | 講師（講演者） | 参加者の職種 | 参加人員 |
|  |  |  |  | 人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

7

(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 | 記録者の職種 | 会議等の主な内容 |
| (例)職員会議 | 施設長ほか全職種 | 月1回 | 有 | 事務職員 |  |
| リハ会議 |  | 年○回 |  |  |  |
| 栄養会議 |  | 年○回 |  |  |  |
| サービス担当者会議 |  |  |  |  |  |
| ○○検討会 |  |  |  |  |  |
| ○○○○ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注）１ 本表は、職員会議、処遇会議、給食会議等各種会議の実施状況及び各種検討会等の活動状況について記入すること。

２ 入所判定会議及び入所継続要否判定会議は除く。

３ 入所者等に対する施設処遇等の実施状況

(１) 入所者等の処遇の取り組み方針（既存資料での代替可）

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭復帰の促進対策 |  |
| 褥瘡予防に関する対策及び発症者数 |  |
| 寝たきり防止に関する対策 |  |
| 身体拘束廃止に関する  取組み |  |
| ＭＲＳＡ・ノロウイルス・インフルエンザ等の感染防止対策 |  |
| 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 |  |
| その他（処遇の改善等に努めているもの） |  |

(２) 身体拘束の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 身体拘束の有無（直近3ヵ月） | 有（ 人） ・ 無 |
| 拘束の態様、理由等 |  |
| 拘束に係る記録の有無 | 有 ・ 無 |
| 身体拘束廃止委員会の設置の有無 | 有 ・ 無 |
| 改善計画の作成の有無 | 有　　　　・　　　 無 |

(３) 施設処遇の実施状況（直近3ヵ月） 平成 年 月 日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調理の委託の有無 ： 有（委託先 ） ・ 無 | | | | | | | | |
| 食事時間 | | 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 |
|  | 食事時間 | ・実施（年 回）  （調査方法）  ❖聞き取り  ❖アンケート  ❖その他（ ）  ・未実施 | ・行事食メニュー 回／  ・選択メニュー 回／   * その他[ ] | ・普通食 kcal | | | | 有（ 日）・ 無 |
| 朝食 | 時 分 |
| 昼食 | 時 分 | ・特別食 kcal | | | |
| 夕食 | 時 分 |  | 種類 | 利用実人員 |  |
|  | 人 |
| 適温対策（具体的に） | | 残食調査の実施状況 | 調理従事者検便実施状況 |
|  | | ・実施  ❖毎食  ❖毎月1回  ❖その他（ ）  ・未実施 | ・実施（年 回）  ・未実施 |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入浴の実施状況 | おむつの使用等の状況 | 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、 時～ 時  ・特別浴(入所者１人当たり)週 回  対象者数： 人  入 浴 日： 曜日、 時～ 時 | ・使 用 者 数 　 名   * うち夜間のみ使用者数   　 名   * 定期交換回数（１日） 　回 |  | | | | | ・入所前から 名  ・入所後発症 名 |
|  | 機器名 | 使用人数 | 施設保有台数 |  |
|  | 車いす | 人 | 台  ( ) |  |
|  | 歩行器 |  | ( ) |  |
|  | つえ |  | ( ) |  |
|  | ポータブルトイレ |  | ( ) |  |
| 当日入浴出来ない者の処遇状況 | 療養室のカーテンの設置状況 |  | (その他) |  | ( ) |  |
| * 当日は全身清拭を行っている。 * 可能となった時に入浴させる。 * 可能となった時に全身清拭を行っている。 * 次の入浴日まで入浴等は行わない。 | 有 ・無 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (注)個人の機器を使用している場合は、施設保有台数欄の( )書に再掲すること。 | | | | |

別添

＜ＭＲＳＡ・０－１５７・ノロウイルス・インフルエンザ等の感染者への対処方法等＞（　１８　年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染症名 | 感染者数  （うち職員の感染者数） | 感染症の発生期間  （○月○日頃～○月○日頃） | 感染症の原因 | 医師等の意見 | 処　置　及　び　対　応　状　況 |
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

５ 非常災害対策の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (１) 防災設備等の状況 | | | |  | (２) 各種防災訓練の実施状況 | | | | | | | | |
| 消防計画の届出 年 月 日 | | | |  | 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 |
| 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 |  | 避難訓練 | | < > | < > | | 有( 回)・無 | | 有( 回)・無 | 有 ・ 無 |
| 防火設備 | 避難階段 | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  | うち夜間又は夜間想定 | < > | < > | | 有( 回)・無 | | 有( 回)・無 | 有 ・ 無 |
| 非難口（非常口） | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  | 通報訓練 | | < > | < > | | 有( 回)・無 | | 有( 回)・無 | 有 ・ 無 |
| 療養室、地下、階段等の内装材料 | 有 ･ 無 | 適 ・ 不適 |  |
| 防火戸、防火シャッター | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  | 消火訓練 | | < > | < > | | 有( 回)・無 | | 有( 回)・無 | 有 ・ 無 |
| 消 防 用 設 備 | 屋内消火栓設備 | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  |
| 屋外消火栓設備 | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  | １ 前年度１年間の実施状況を記入するとともに、< >内に本年度の実施予定回数及び実施予定月を記入すること。  ２ 総合訓練として実施した場合は、上記の該当区分のそれぞれに記入すること。 | | | | | | | | |
| スプリンクラー設備 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  |
| 自動火災報知設備 |  | 有 ・ 無 |  | (３) 緊急時連絡網等の整備 | | | | | | | | |
| 非常通報装置 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  | 自動転送システムの設置 | | | | 有 ・ 無 | | 緊急時連絡網の整備 | | 有 ・ 無 |
| 漏電火災警報機 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  | (４) 消防署の立ち入り検査の状況（直近年度） | | | | | | | | |
| 非常警報設備 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  | 実施年月日 | | 指導指示等の内容 | | | | | | |
| 避難器具(すべり台、救助袋) | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  |  | | (文書)  (口頭) | | | | | | |
| 誘導灯及び誘導標識 | 有 ･ 無 | 有( か所) ・ 無 |  |
| 防火用水 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  |
| 非常電源設備 | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  |  | | (上記に対する改善事項) | | | | | | |
| カーテン、布製ブラインド等の防火性能 | | 有 ･ 無 | 有 ・ 無 |  |

６ 利用料等の状況

(１) 利用料の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項 目 | | 単 価 |  | |  |
|  |  |
| 入  所  者 | (記入例)  ・選定による特別な食事   * 理美容代 * 特別室代   ・  ・ | 円／食  円／回  円／日 |
| 通  所  者 | * 食材料費 * おむつ代   ・  ・ | 円／日  円／枚 |
| 短  期  入  所  者 | * 食材料費 * 送迎費用 * 理美容代   ・ | 円／日  円／回  円／回 |

（注）利用者から受領している利用料について記載すること。

(２) 利用料の徴収方法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入 所 者 | 通 所 者 | 短 期 入 所 者 |
| 家族が持参 | 人 | 人 | 人 |
| 銀行振込 | 人 | 人 | 人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 |

（注）本表は、社会福祉法人等が運営する施設で「生活困難者に対して無料又は低額な費用で介護保険法にいう介護老人保健施設を利用させる事業」を行っている場合に記入すること。

(３) 生計困難者を対象とする費用の減免等の状況

1. 費用の減免方法

|  |  |
| --- | --- |
| 生計困難者を対象とする  費用の減免方法 | (具体的に記入するか、又は、減免規程を添付すること。) |

1. 生活保護法による保護を受けている者及び費用の減免を受けた者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | | 入所者数  (A) | 無料低額入所者数 | | | 割 合  (B)／(A) |
| 生活保護 | 減 免 | 計 (B) |
| 直  近  ３  ヵ  年  の  状  況 | 平成 年度 | 人日 | 人日 | 人日 | 人日 | ％ |
| 平成 年度 |  |  |  |  |  |
| 平成 年度  （４月～ 月） |  |  |  |  |  |

７ 入退所等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (１) 入所者 | | | | | |  | (２) 通所リハ利用者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区 分 | | | 直近３ヵ月の状況 | | |  | 直 近 ３ ヵ 月 の 状 態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | 年 月 | 年 月 |  | 年 月 | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | |
| 新  規  入  所  者  数 | 医  療  機  関 | 併設 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |  | 登  録  者  数 | | 実  施  日  数 | | 実  施  者  数 | | 実  施  延  数 | | 登  録  者  数 | 実  施  日  数 | | | 実  施  者  数 | | 実  施  延  数 | 登  録  者  数 | | 実  施  日  数 | | 実  施  者  数 | | | 実  施  延  数 |
| 協力 | ( ) | ( ) | ( ) |  |
| その他 | ( ) | ( ) | ( ) |  |
| 小計 | ( ) | ( ) | ( ) |  | 人 | | 日 | | 人 | | 人 | | 人 | 日 | | | 人 | | 人 | 人 | | 日 | | 人 | | | 人 |
| 社会福祉施設 | | ( ) | ( ) | ( ) |  |
| 家庭 | | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |  | | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |
| その他 | | ( ) | ( ) | ( ) |  | (注) １ 「登録者数」欄は、当該月末の登録者を記入すること。  ２ 「実施者数」欄は、当該月の通所実施実人員を記入すること。  ３ 「実施延数」欄は、当該月の通所実施延人員を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | ( ) | ( ) | ( ) |  |
| 退  所  者  数 | 家庭 | |  |  |  |  |
| 医  療  機  関 | 併設 |  |  |  |  | (３) 短期入所利用者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力 |  |  |  |  | 直 近 ３ ヵ 月 の 状 態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 |  |  |  |  | 年 月 | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | |
| 小計 |  |  |  |  | 登録者数  （人） | | | 実施者数  （人） | | 実施延日数  （日） | | 登録者数  （人） | | | 実施者数  （人） | | | 実施延日数  （日） | | 登録者数  （人） | | | 実施者数  （人） | | 実施延日数  （日） | | | |
| 社会福祉施設 | |  |  |  |  |
| 死亡 | |  |  |  |  |
| その他 | |  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |
| 計 | |  |  |  |  |
| 月  末  在  所  者  数 | 男 | |  |  |  |  | (注) １ 「登録者数」欄は、当該月末の登録者を記入すること。  ２ 「実施者数」欄は、当該月の短期入所実施実人員を記入すること。  ３ 「実施延日数」欄は、当該月の短期入所実施延日数を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 女 | |  |  |  |  | (４) 送 迎 車 有（ 台） ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 計 | |  |  |  |  |  | | | |

(５) 年齢、性及び入所期間別入所者数（直近時）

平成 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | | 入 所 者 数 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 14日以内 | | | 15日～3ヵ月未満 | | | 3ヵ月～6ヵ月未満 | | | 6ヵ月～1年未満 | | 1年以上 | |
| ～64歳 | 男 | 人 | | | 人 | | | 人 | | | 人 | | | 人 | | 人 | |
| 女 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 計 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 65歳～ | 男 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 女 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 計 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 合 計 | 男 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 女 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 計 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 平均年齢 | 男性 | | 歳 | 女性 | | 歳 | 平均入所期間 | | 男性 | ヵ月 | | 女性 | ヵ月 | | 総数 | | ヵ月 |

（注）１ 「平均年齢」及び「平均入所期間」欄は、小数点第2位以下を四捨五入すること。

(６) 入所期間が1年以上の者の在所理由

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人 数 |
| １ リハビリテーション（機能訓練、日常生活訓練等）を継続する必要がある。  ２ ＡＤＬ等に問題が少なくなったが、家庭における介護が困難 | 人  人 |
| 合 計 | 人 |

入所（通所）判定等の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 会 議 開 催 | 会 議 出 席 者 の 職 名 | 摘 要 |
|  | 定期（月 回） ・ 不定期 | 施設長・医師・介護支援専門員・看護職員・介護職員・理学(作業)療法士・支援相談員・栄養士・その他（ ） |  |
|  | 定期（月 回） ・ 不定期 | 施設長・医師・介護支援専門員・看護職員・介護職員・理学(作業)療法士・支援相談員・栄養士・その他（ ） |  |
|  | 定期（月 回） ・ 不定期 | 施設長・医師・介護支援専門員・看護職員・介護職員・理学(作業)療法士・支援相談員・栄養士・その他（ ） |  |
|  | 定期（月 回） ・ 不定期 | 施設長・医師・介護支援専門員・看護職員・介護職員・理学(作業)療法士・支援相談員・栄養士・その他（ ） |  |

療養目標の設定状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区 分 | 入 所 時 | 定 期 |
| 総合的な目標 |  |  |
| 看護・介護目標 |  |  |
| 機能訓練目標 |  |  |

退所指導の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 退院前後訪問指導 | |  | | 退院時情報提供 | | 退院前連携 | |
| 実施(有 ・ 無) | 記録(有 ・ 無) | 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) | |

８ 機能訓練等の実施状況

(１) 直近３ヵ月の実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | | | | 年 月 | | | | 年 月 | | | |
| 実施  日数 | 実施  実人員 | 実施  延人員 | 1人当たり  実施回数 | 実施  日数 | 実施  実人員 | 実施  延人員 | 1人当たり  実施回数 | 実施  日数 | 実施  実人員 | 実施  延人員 | 1人当たり  実施回数 |
| 入所者 | 個別訓練 | 日 | 人 | 人 | 回／月 | 日 | 人 | 人 | 回／月 | 日 | 人 | 人 | 回／月 |
| 集団訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所利用者  (通所リハ) | 個別訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集団訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所者 | 個別訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集団訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レクリエーション |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１ 実施日数は、機能訓練の実施時間にかかわらず、機能訓練を行った日は1日として計上すること。

２ 個別及び集団訓練の欄には、理学（作業）療法士の指導のもとに、個別毎の訓練計画により計画的に実施した機能訓練について記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 機能訓練の  ための設備 | （例）平行棒、滑車 |

(２) 機能訓練等の実施方法及び内容

ア 個別訓練

イ 集団訓練

ウ レクリエーション

エ そ の 他

* クラブ活動
* 年間行事

（注） 実施方法については、目標、実施計画、定期的な評価等の実施方法について記載し、内容については、訓練の種目等を具体的に記載すること。

９ 入所者の通院及び往診の状況（歯科にかかるものは除く。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | | | | 年 月 | | | | 年 月 | | | |
| 医療機関名 | 傷病名 | 診療日数 | 施設負担額 | 医療機関名 | 傷病名 | 診療日数 | 施設負担額 | 医療機関名 | 傷病名 | 診療日数 | 施設負担額 |
|  |  |  | 日 | 円 |  |  | 日 | 円 |  |  | 日 | 円 |
| (記入例) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○ ○ ○ ○ | ○○病院 | ＸＸＸ症 | 通院２ | 4,321 | ○○病院 | ＸＸＸ症 | 通院２ | 3,214 | ○○病院 | ＸＸＸ症 | 通院１ | 2,345 |
| 通院した理由 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | △△病院 | ＹＹ症 | 通院１ | 1,234 | △△病院 | ＹＹ症 | 通院１ | 987 |
| 通院した理由 | | | | | | | | | | | | |
|  | ○○病院 | ＺＺＺ症 | 往診１ | 2,456 | ○○病院 | ＺＺＺ症 | 往診１ | 2,456 | ○○病院 | ＺＺＺ症 | 通院１ | 2,543 |
| 往診した理由 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１ 入所者の通院又は往診に係る直近3ヵ月分の状況について、個人ごとの医療機関別に記入すること。

２ 施設負担額は、当該診療に係る診療費のうち、施設で負担した投薬代、検査代等について、当該医療機関に支払った額を記入すること。

３ **医療保険の適用があった場合には、施設負担額の欄の金額を○で囲むこと。（例 2,000円** ）