|  |
| --- |
| 老人福祉施設関係資料 (施設) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　―　個　別　表　―

１．施設の状況

(1)　運営方針等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 | |  | 施 設  種 別 | | 特養・養護・軽費（Ａ，Ｂ，ケア） | |
| 所 在 地 | | （〒　　　　－　　　　） 電話番号（ （　　　） ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX番号（　　　　（　　　） ）  香川県　　　　　　市  　町  　郡 | | | | |
| 設 置  主 体 | | 法人（団体名）  代表者名 | | ※  経　営 | | 経営主体  代表者名 |
| 施 設 長 | | 氏名  (施設長就任年月日　　　　　　　　) | | 開設認可年月日 | |  |
| 事業開始年月日 | |  |
| 定　員 | 特別養護老人ホーム　　　　名  養護老人ホーム　　　　　　名  軽費老人ホーム　　　　　　名  短期入所事業　　　 　　名 | | | 定員の推移 | | (年月日)（　　　　　）（　　　　　） (　　　 )  　　　　　　　→ →  定員　 　 名 　　　名 　　　名  　(　　　) (　　　)  →　 →  　　　名 名 |

　※は、設置主体と異なる場合のみ記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外部業務委託（○で囲んでください） | | 介護給付費算定に関わる体制(○で囲んでください) | |
| 業　務　内　容 | 委 託 の 有 無 | 重度化対応加算（H20） | 有　　　　　無 |
| 調　　　　　理 | 有　　　　　無 | 準ユニットケア加算 | 有　　　　　無 |
| 清　　　　　掃 | 有　　　　　無 | 個別機能訓練加算 | 有　　　　　無 |
| 会　計　経　理 | 有　　　　　無 | 精神科医師定期的診療 | 有　　　　　無 |
| 社会保険労務士 | 有　　　　　無 | 栄養管理体制加算 | 管理栄養士 栄養士 |
| 洗　　　　　濯 | 有　　　　　無 | 栄養マネジメント加算 | 有 無 |
| その他(　　 　) | 有　　　　　無 | 経口移行加算 | 有 無 |
| 介護報酬改定により新設の加算（○で囲んでください） | | 経口維持加算 | Ⅰ Ⅱ |
| 日常生活継続支援加算 | 有　　　無 | 療養食加算 | 有 無 |
| 看護体制加算 | Ⅰ　　　Ⅱ | 看取り介護加算 | Ⅰ Ⅱ |
| 夜勤職員配置加算 | Ⅰ　　　Ⅱ | 在宅復帰支援機能加算 | 有 無 |
| サービス提供体制強化加算 | Ⅰ　　　Ⅱ | 在宅・入所相互利用加算 | 有 無 |

※介護給付費算定に関わる体制は、**特養及び特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設のみ**記入してください。

|  |
| --- |
| 〔運営方針等について〕  ①当該年度の運営方針の基本  ②入居者処遇・プライバシーへの配慮  ③職員処遇の充実・志気高揚策・職員研修  ④地域開放・貢献等  ⑤施設の特徴・セールスポイント |
| ⑥利用者の立場に立ったサービス提供のために、施設長としてどのような努力をしていますか。 |
| ⑦利用者の人権について、職員に対して施設長としてどのように指導していますか。 |
|  |
|  |
| ⑧利用者及び家族の秘密保持について、どのような措置を講じていますか（職員の退職後を含む）。  ⑨利用者及び家族からの苦情処理について、どのように対応していますか。 |
| ⑩損害賠償保険に加入していますか。 |
| いる場合　　加入先（　　　　　　　　　）　　　　いない場合　その理由  ⑪施設サービスの自己評価について、どのような取り組みをしていますか。  ⑫事故発生時の対応は、どうなっていますか。  ○事故発生時の対応や発生防止のための指針の整備 ＝ □有 □無  ○事故発生時の報告・分析を通じた改善策の従業者への周知徹底する体制 ＝ □有 □無  ○事故発生防止のための委員会の定期的実施 ＝ □有 □無 ○従業者に対する研修 ＝□有 □無 |

(注)１．記載欄が不足する場合は、別紙に記載しても差し支えないこと。

　　２．**施設関係個別表について本表以降の各表は、原則として作成基準日現在において作成すること。**

(２)建物設備の状況

　ア　建　　物

　　　 耐火構造　　　　　　　　　　 　　㎡

　　　　簡易耐火構造　　　　　　　　　　 　　 ㎡

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ㎡

　　　　　　 計 　　　　　　　　　　　　　　　㎡

　イ　設　　備

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 室数 | 床　面　積 |  | 室数 | 床　面　積 |
| 居　　　　　室  静　　養　　室  食　　　　　堂  浴　　　　　室  洗　　面　　所  便　　　　　所  医　　務　　室  調　　理　　室  事　　務　　室  宿　　直　　室  寮　　母　　室  看　護　婦　室 | 室 | ㎡ | 機能回復訓練室  介 護 材 料 室  リ　ネ　ン　室  集　　会　　室  面　　接　　室  汚 物 処 理 室  相　　談　　室  洗　　濯　　室  霊　　安　　室  倉　　　　　庫  廊下・その他 | 室 | ㎡ |

　ウ　居室の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 室数 | 床 面 積 | １人当たり面積 | 備　　考 |
| １　人　部　屋 | 室 | ㎡ | ㎡ |  |
| ２　人　部　屋 |  |  |  |
| ３　人　部　屋 |  |  |  |
| ４　人　部　屋 |  |  |  |
| ５　人　部　屋 |  |  |  |
| ６人部屋以上 |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |

(３)施設平面図

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[平成　　年　　月　　日現在]

①平面図

|  |
| --- |
|  |

(注）

１．既存のパンフレット等の平面図があれば、適宜補整のうえ提出して差し支えない。

２．居室については、それぞれの定員数と居室面積を記載すること。

３．併設施設がある場合は、その施設の平面図を位置関係がわかるようにして添付すること。

４．同一敷地内に併設以外で他の施設がある場合は、施設それぞれの位置関係がわかるような平面図を添付すること。

　②昨年度監査以降の各居室用途等の変更箇所（左右対照で記入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現　　　　　　状 | | | 昨年度監査時点の状況 | | |
| 居 室 名 | 階 | 用　　　　途 | 居 室 名 | 階 | 用　　　　途 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注）前年度の監査で提出している各部屋について、前年度監査以降に用途等を変更している場合は、現状を左欄に、昨年度監査時点の状況を右欄に記載すること。

２．入所者の(措置)状況

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　単位：人　[平成２１年　 月 日 （基準日） 現在 ※基準日の属する月の前月まで記載のこと]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分  年度／月 | | 当月１日  入所者数 | | 措置権者（左の内訳） | | | 新　規　入　所　者 | | | | | |  | | | | | |
| 県 内 | 県 外 | 入 院(再 掲) | 在 宅 | 社会福祉施設 | 老人保健施設 | 医療機関 | その他 | 計 | 社会福祉施設 | 老人保健施設 | 医療機関入 院 | 死 亡 | その他 | 計 |
| 平  成  19  年  度 | 4 | | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平  成  20  年  度 | 4 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※**特養の集計は、当月１日入所者数欄に、（ ）書きにてその月の平均入所者数を記入すること。** ※**措置権者欄については、養護老人ホームのみ**記入すること。

３．職員の状況

(１)月別職員数及び利用者数 ※基準日の属する月の前月まで記入すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基準・配置・人員 | | 勤務形態 | H20  ４月 | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | １ | ２ | ３ | H21４月 | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 |
| 施設長  (管理者) | １ | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活相談員 |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理栄養士 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師 |  | 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 | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護 | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当月平均の利用者数 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の員数の算定基礎となる入所者の数（H２０年度の平均値） | 人 |

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。なを、休暇及び出張等は換算しないこと。

３．通所介護等を兼任している職員については、通所介護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。

（２）職員の配置状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職 種 | 氏 名 | 年齢 | 勤続年数 | 摘要・備考 |
| ＜記入例＞  管 理 者 | 香川太郎 | ５０ | ５年３ヶ月 |  |
| 介護支援相談員  （兼 介護職員） | 愛媛花子 | ３０ | ３年４ヶ月 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

４．職員の勤務状況

(１)勤務体制（看護職員・介護職員及び休日並びに夜間の体制）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 形態 | 勤　　務　　時　　間 | | | 平均人数 | | 備　　　　　考 |
| （記入例）  看護職員 | 日勤 | ９時３０分 | ～ | １８時３０分 | ３ | 人 |  |
| 夜勤 | １８時００分 | ～ | １０時００分 | １ | 人 | 夜間自宅待機１名 |
| （記入例）  介護職員 | 早番 | ６時３０分 | ～ | １５時３０分 | ３ | 人 |  |
| 日勤 | ９時３０分 | ～ | １８時００分 |  | 人 | 入浴日は２名増員 |
| 遅番 | １０時００分 | ～ | １９時００分 | ３ | 人 |  |
| 夜勤 | １８時００分 | ～ | １０時００分 | ４ | 人 | 各階１名＋フリー１名（仮眠あり） |
| （記入例）休日等の日直 | 日勤 | ９時３０分 | ～ | １８時３０分 | ２ | 人 | １名は相談員 |
| （記入例）夜間管理宿直 | 宿直 | １８時００分 | ～ | １０時００分 | １ | 人 | 宿直専門非常勤 |
|  |  |  |  |  |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |
|  |  |  | ～ |  |  | 人 |  |

(注)　施設で作成している業務表(勤務割表)の写しを添付してください。

(２)平成１９年 月 日（基準日）現在の医師及び機能訓練指導員の状況（一部該当欄に“○”と記入します。）

ア　医師

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 診療科目等 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 所属医療機関 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 勤務開始年月日 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 勤務形態 | |  | 常勤 |  | 非常勤 |  | 常勤 | |  | 非常勤 |  | 常勤 |  | 非常勤 |  | 常勤 |  | 非常勤 |
| 勤務内容 | 回数（注１） | 月 |  | | 回 | 月 | |  | | 回 | 月 |  | | 回 | 月 |  | | 回 |
| 時間（注２） |  | 時間 |  | 分 |  | 時間 | |  | 分 |  | 時間 |  | 分 |  | 時間 |  | 分 |
| 契約 | |  | 有 |  | 無 |  | 有 | |  | 無 |  | 有 |  | 無 |  | 有 |  | 無 |
| 報酬（給与） | |  | 有 |  | 無 |  | 有 | |  | 無 |  | 有 |  | 無 |  | 有 |  | 無 |

イ　機能訓練指導員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 資格名称 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 所属機関 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 勤務開始年月日 | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 勤務形態 | |  | 常勤 |  | 非常勤 |  | 常勤 | |  | 非常勤 |  | 常勤 |  | 非常勤 |  | 常勤 |  | 非常勤 |
| 勤務内容 | 回数（注１） | 月 |  | | 回 | 月 | |  | | 回 | 月 |  | | 回 | 月 |  | | 回 |
| 時間（注２） |  | 時間 |  | 分 |  | 時間 | |  | 分 |  | 時間 |  | 分 |  | 時間 |  | 分 |
| 契約 | |  | 有 |  | 無 |  | 有 | |  | 無 |  | 有 |  | 無 |  | 有 |  | 無 |
| 報酬（給与） | |  | 有 |  | 無 |  | 有 | |  | 無 |  | 有 |  | 無 |  | 有 |  | 無 |

（注）１．「勤務内容」の「回数」について、例えば契約書上（週１回）等の場合でも、月に換算して「４回」と記入すること。

２．「勤務時間」が日によって異なる場合は、１回あたりの平均を[○時間○分]の形式で記入すること。

５．施設職員の研修状況等

(１) ２０・２１年度実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 主催者 | テーマ | 講師氏名等 | 参加者の職種及び人数 | | | | | | | |
| 施設長 | 生活  相談員 | 看護  職員 | 介護  職員 | 栄養士 | 調理員 | 事務員 | その他 |
| 施設内 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設外 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(２)　職員の資格取得への支援策（該当欄に“○”と記入します。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 研修への参加促進 | その他（具体的に） |
|  | 参加費用等の負担 |  |
|  | 任用面での考慮 |
|  | 給与や手当への反映 |

(３)　研修成果の活用方法について（該当欄に“○”と記入します。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設内研修や報告会開催 | その他（具体的に） |
|  | 諸会議や朝礼での報告 |  |
|  | 研修資料等の閲覧 |

６．職員会議等の実施状況（２０年度以降）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議等の名称 | 参加職員 | 実施状況 | 記録の有無 | 記録者  の職種 | 会　　議　　等　　の　　内　　容 |
| <記載例>  ○○会議 | 全職員 | 月１回 | 有 | 事務員 | ・月の行事に関すること  ・入所者処遇に関すること  ・施設外職員研修の報告 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注）１．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委員会等の活動状況について記載すること。

２．会議等の内容については、主な議事内容を具体的に記載すること。

７．入所者の状況

(１)平均年齢 歳（男 歳、女 歳）

(２)要介護度等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ | 要支援 | 自立 | 合計 |
| 男性 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 女性 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 平均  要介護度 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所期間 | １月以内 | １月超～  ６月以内 | ６月超～  １年以内 | １年超～  ３年以内 | ３年超～  ５年以内 | ５年超 |
| 男性 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 女性 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 平均  入所年月 |  |

８．入所者の処遇状況(２０年度)

(１)処遇（事業）計画の作成状況

|  |
| --- |
| ① 処遇（事業）計画の策定方法  ② 処遇にあたって、利用者の権利擁護、プライバシーの配慮方法  ③ 前年度の処遇について、総括の時期・方法  時期  方法  ④ 処遇（事業）計画を作成する際の利用者ニーズの把握方法  ⑤ 処遇（事業）計画の内容の職員への周知方法  ⑥ 処遇（事業）計画内容の利用者等への周知方法 |

(２)施設サービス計画の作成状況

|  |
| --- |
| ① 契約書  ア 契約書 □ 有 □ 無  イ 重要事項説明書 □ 有 □ 無  ウ 利用者または家族に対する説明方法  エ 契約にあたっての立会者  ② 新規入所者の施設サービス計画の作成について  ア アセスメントの方法  □ 包括的自立支援プログラム　　□ ＭＤＳ－ＨＣ  □ 施設独自の様式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  　 イ 計画作成時期  □ １週間以内　　□ ２週間以内　　□ １ヶ月以内　　□ その他（ 　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ウ 作成者及び関与者  　　□ 介護支援専門員　　□ 介護職員　　□ 看護職員　　□ 医師　　□ 栄養士  　　□ 機能訓練指導員　　□ 生活相談員　　□ 施設長　　□その他（ 　　　　　　　　　　　　）  ③ 施設サービス計画の評価（ケアマネジメントの実施）　（ 有 ・ 無 ）  　　評価（ニーズアセスメント）→ ケアプランニング → プランの実施 → 監視（モニタリング）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　再評価（再アセスメント）  ④ 施設サービス計画作成時、利用者または家族の希望の反映方法  　　□ サービス担当者会議への参加　　□ 事前の面接　　□ 意向調査書　　□ 面会時等の聞き取り  　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤ ２０年度施設サービス計画作成総ケース数 （ ）ケース  ⑥　サービス担当者会議の開催状況  実施回数／ 回  　 会議の参加者／□ 施設長　　□ 医師　　□ 介護職員　　□ 看護職員　　□ 栄養士  □ 機能訓練指導員　　□ 生活相談員　　□ 介護支援専門員  □ 利用者本人及びその家族　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

(３)　痴呆性老人対策の方針及び取り組み方法

|  |
| --- |
| ① 施設における痴呆性老人に対する処遇上の基本方針について  ② 痴呆性老人に対する特別な対策の方針と取り組み方法等 |

(４)機能訓練(**特定施設の指定を受けていない軽費老人ホームは記入を要しない。**)

　ア　個別機能訓練の必要性の評価　 □ 有 □ 無

　イ　個別機能訓練実施状況（平成２０年４月１日～３０日までの実績）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　　　類　　　等 | | 対象人員 | １月あたり  実施回数 |
| 種　　類 | 内　　　　　容 |
| 理学療法 |  | 人 | 回 |
| 作業療法 |  | 人 | 回 |
| 言語療法 |  | 人 | 回 |
| マッサージ |  | 人 | 回 |

ウ　リハビリ器具の保有状況

　　□ 平行棒　　□ 昇降階段　　□ 訓練台　　□ 鏡　　□ 滑車　　□ ホットパック

　　□マイクロウェーブ　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　エ　個別機能訓練以外のリハビリ

|  |
| --- |
|  |

(５)離床対策(寝たきりにさせないための方策)の実施状況（**ア、イ、ウは特養及び特定施設のみ、エは全施設が記入すること。**）

　ア　離床のための方策及び取組

　　　(方策：食堂での食事、ポータブル介助やトイレ排泄誘導、車いす・歩行器・ギャジベッドの活用など)

|  |
| --- |
|  |

　　　☆食事の場所　　　　 食　堂　　　人

　　　　(　　月　 日現在)　居　室　　　人(うちベッド　　人)⇒(理由：　　　　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　 その他　　　人(場所：　　　　　　　　　)

　イ　車いす等の保有台数

・車いす　　　　　　(保有数　　　　台、使用数　　　　台)

・歩行器　　　　　　(保有数　　　　台、使用数　　　　台)

・ギャジベッド　　　(保有数　　　　台、使用数　　　　台)

・ポータブルトイレ　(保有数　　　　台、使用数　　　　台)

・エアマット　　　　(保有数　　　　台、使用数　　　　台)

(注)使用数は、監査直近時の状況を記載すること。

　ウ　排泄（トイレ誘導等）

|  |
| --- |
| ①排泄自立についての配慮  ②おむつ交換の回数　　１日定時／　　　　回（夜間　　　回）、随時　　　回  ③夜間の排泄介助及びおむつ交換についての配慮 |

　　　※ 直近１週間のトイレ誘導記録を添付すること

　エ　クラブ活動の実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| クラブサークル名 | １回当たり  平均参加人員 | 指導担当職員 | 開催状況 | 記録の有無 |
|  | 人 |  | 月  　　　　　回  　　週 |  |
|  |  |  | 月  　　　　　回  　　週 |  |
|  |  |  | 月  　　　　　回  　　週 |  |
|  |  |  | 月  　　　　　回  　　週 |  |

(６)入浴の実施状況**(軽費老人ホームは、添付を要しない。)**

　監査直近１週間の入浴(清拭)記録を添付

(７)褥瘡対策（**軽費老人ホームは、記入を要しない。）**

　ア　褥瘡のための対策

適切な介護

　　 □ おむつ交換 　□ 体位交換 　□ 栄養量の確保 　□ 入浴

　□ エアマットの活用　 □ 体位交換チェック表

体制の整備（特別養護老人ホームのみ記入すること。）

□ 予防のための計画の作成、実践並びに評価 □ 予防対策担当者の専任

□ 対策チームの設置（医師、看護職員、介護職員、栄養士等で構成）

□ 指針の整備 □ 施設内職員職員研修

(８)感染症等の防止対策

ア 予防及びまん延防止対策措置（特別養護老人ホームのみ記入すること。）

□ 対策を検討する委員会の定期的な（月１回程度）開催

□ 上記委員会の結果の従業者に対する周知徹底

□ 指針の整備

□ 定期的な研修の実施

イ 罹患状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | | H20年度 | H21年度 | 経 緯 等 |
| 罹 患 状 況 | レジオネラ | 人 | 人 | 〔左記感染症の発症の経緯〕 |
| Ｍ Ｒ Ｓ Ａ |  |  |
| 結　　 　　 核 |  |  |
| 疥　 　　 　癬 |  |  |
| 肝 炎 等 |  |  |
| インフルエンザ |  |  |
| Ｏ－１５７（２６） |  |  |
| ノロウイルス |  |  |
| そ の 他 |  | 人 | 〔左記感染症の発症の経緯〕  〔予防対策及びその実施状況〕 |

(９)被服・寝具の対応状況**（特別養護老人ホームのみ記入すること。）**

　ア　被服の着替え　　実施回数 　　　回／週（時期　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　対象者数　　　人　その他（　　　　　　　　　　　　 　）

　イ　朝夕の着替え　　実施回数　　　 回／週（時間　朝：　　　　　　夕：　　　　　）

　　　　　　　　　　　実施人数　　　人（うち、自分で着替えられる方 人、介助が必要な方 人）

　※アについては、洗濯等衛生保持のための着替え、イについては、生活のメリハリのための着替え（日中着と寝間着の着替え）であることに留意すること。

　ウ　寝具交換　　　　実施回数　　　 回／週（時期　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　 　 ）

（１０）身体的拘束(**特定施設入所者生活介護の指定を受けていない軽費老人ホームは、記入を要しない。**)

　ア　利用者に対する身体的拘束　 □ 有 □ 無

　 （注）有の場合は、詳細について次ページの表に記入すること。

　イ 身体的拘束を廃止するための委員会　 □ 有 □ 無

ウ 身体拘束廃止に向けた施設の取組等を記載した改善計画 □ 有 □ 無

エ　身体的拘束の本人・家族等への同意書　 □ 有 □ 無

　オ　身体的拘束の記録　 □ 有 □ 無

　カ　身体的拘束をなくすための、介護サービスの現場における取り組み

|  |
| --- |
|  |

（１１）入退所の援助（**軽費老人ホームは、記入を要しない。**）

　ア　退所が可能な利用者に対する援助

　イ　入退所に際しての他の福祉サービス提供者との連携状況

（１２）法人による減免の状況(**介護保険施設及び事業所の指定を受けている施設のみ記入すること。**)

（１０）身体拘束の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 性別 | 年齢 | 入所年月日 | 拘束開始  年月日 | 拘束解除の時間帯 | 拘束の必要な理由 | 拘束の方法（場所・部位・内容等） | 家族等への説明・同意 | 経過等の記録 | 改善  計画 | 拘束解除の予定年月日 |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |

1. 作成基準日の属する月の前月の状況を記入すること。
2. 名前の記入は不要だが、該当者を整理番号等で把握しておくこと。
3. 記入欄が不足する場合は、この用紙をコピーして対応すること。

９．給食の実施状況

(１)栄養量等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　　　　　　　　分 | | | | | エネルギー  (Kcal) | 給食単価 |
| １日当たり平均栄養量及び給食単価 | | | | 20年度実績 |  |  |
| 21年度予算 |  |  |
| 給  食  に  関  す  る  方  法  等 | ①入所者がくつろいで食事出来るような配慮及び対応    ②入所者の身体状況に応じた食事のための自助具等の活用    ③食堂の利用可能人員( 　　　　 人)　　　　利用人員が少ない場合の理由  　　　　(　　　　 　人)  ④特別食の実施状況(２０年度)  行事食　　年 　　回　　１回当たり 円(本人負担　有・無)  選択食　　年 　　回　　１回当たり 　円(本人負担　有・無)  外　食　 年 回　　１回当たり　　　 円(本人負担　有・無)  出　前　 年 回　　１回当たり　 　　円(本人負担　有・無) | | | | | |
| 調査の具体的  　 　実施方法 | 嗜好調査 | ［年 回実施］　　　　　　　　　　　　記録の有無・［ 有・無 ］ | | | |
| 残菜調査 | 記録の有無・［ 有・無 ］ | | | |
| 調査結果について | |  | | | |

(２)栄養計画及び実施の状況

　ア　栄養量等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | エネルギー | たんぱく質 | ビタミンＡ | ビタミンB1 | ビタミンB2 | ビタミンC | 鉄 |
| (平成　　年　　月現在) |  |  |  |  |  |  |  |
| （平成 年 月） |  |  |  |  |  |  |  |
| 前年度給与栄養量基準  Ａ |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ |  |  |  |  |  |  |  |
| 摂　 　　取　 　　量  (％)　　Ｂ／Ａ |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）１．一人一日当たりの平均数値を記入すること。

　　　　２．前年度給与実績は、前年度毎月の栄養給与量の累計を月数で除し得た平均とすること。

(３)給食時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 朝　　食 | 昼　　食 | 夕　　食 |
| 食事時間 | 時　　分～　　時　　分 | 時　　分～　　時　　分 | 時　　分～　　時　　分 |
| 配膳時間 |  |  |  |
| 検食時間 |  |  |  |

(４)適温対策について（具体的に記入）

(５)調理業務委託の有無

□　有（委託業者名／代行保証業者：　　　　　　　　／　　　　　　　　）

□　無

(６)保存食の実施状況

保存日数 日分

保存温度 ℃

調理前の材料の保存の有無 有 ・ 無

(７)非常食の備蓄状況

　　　　　　　日分

１０．協力医療機関の状況（協力歯科医療機関を含む）（**軽費老人ホームは記入を要しない。**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （公営・私営の別） | （公営・私営の別） | （公営・私営の別） |
|  |  |  |  |
|  | 床 | 床 | 床 |
|  | Km(車で　　分) | Km(車で　　分) | Km(車で　　分) |
|  | 有　･　無 | 有　･　無 | 有　･　無 |
|  | 千円 | 千円 | 千円 |
| 法人・施設との関係 |  |  |  |

（注）１．協力医療機関が複数の場合には、それぞれ記載すること。

　　　２．「法人・施設との関係」欄には、例えば理事長が医療法人の理事長を兼ねている場合には「理事長経営の医療法人立病院」と記載すること。

１１．入院患者日用品費の支給状況(２０年度)（**養護老人ホームのみ記入すること。**）

(１)入院患者日用品費の支給状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入 院 期　間 |  | 支　 給　 額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(注)１．この表は養護老人ホームのみ作成すること。

　　２．支給年月日が複数回になる場合には、その都度記載すること。

３．現物支給の場合には、現金換算のうえ、支給額欄に記載すること。

(２)入院患者日用品費の支給方法（入所者への支給方法等について具体的に記載すること）

(３)入院患者日用品費支給簿の有無

□　有

□　無（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１２．入退院の状況（２０年度実績）（**軽費老人ﾎｰﾑは記入を要しない。**）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院期間 | １～30日 | 31～60日 | 61～90日 | 91日以上 | 計 |
| 入院者実数  （　）内は３月31日現在の入院中の再掲 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| （　　） | （　　） | （　　） | （　　） | （　　） |

１３．入所者並びに職員の定期健康診断等の実施状況(２０年度)

(１)健康管理記録の整備

　ア　医務室の診療録　（ 有 ・ 無 ）（場所／　　　　　　　　　　　）

　イ　利用者の健康診断の実施状況

　　・実施方法　　　□ 毎年　　月頃に実施　　□ 利用者の誕生月に実施

　　　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・検査項目　　　□ 胸部レントゲン　　□ 体重　　□ 血圧　　□ 検尿

　　□ 血液（貧血、血糖）□ 脈拍　　□ 体温　　□ 心電図

　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(２)職員の定期健康診断

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 実施年月日 | 体重視力 | 胸部X線 | 血圧 | 尿検査 | 血液検査 | 心電図 | 腰痛 | その他特記事項 |
| 常勤 | 全職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜勤職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 | 看護・  介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜勤職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(３)調理従事者の衛生管理

　ア　（検便）の実施　　年　　回

　イ　衛生管理の自主点検表の有無　（ 有 ・ 無 ）

１４．入所者の死亡等状況（**養護老人ホームのみ記入すること。**）

〈平成１９年度分〉

・死亡者数　　　　 人(死亡場所：病院　 人、施設　 人、その他　 人)

・死亡時の褥瘡者数　 人

・遺留金品総額　 千円

〈平成２０年度分〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 性  別 | 死亡  時の  年齢 | 死亡  場所 | 主たる死因 | 死亡 時褥瘡の  有無 | 死 亡  月 日 | 実 施機 関へ の変 更届 日 | 遺留金品の処理状況 | | | | | | |
| 総　　額 | 葬祭費  充当費 | 残　　額 | 引渡し  指示書  受理日 | 引渡し日 | 受領者  の続柄 | 実施機関の立会有無 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計　　人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１５．災害事故防止対策

(１)　避難訓練等

ア　２０年度実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 訓練の内容 | 避難誘導訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 救助訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通報訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消化訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 内容 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加人数 | 職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防署への通知 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注　１．各月の欄には、実施した日付を入すること。また、１回で複数の訓練を実施した場合は、それぞれ記入すること。

　　２．「その他訓練（内容）」欄には、訓練の内容を記入すること。

　　３．「消防署への通知」は、定められた通知を行った場合に“○”を記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 有 |  | 無 |

イ　訓練記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 |  | 職　　　名 |  |

(２)　管理体制等

ア　防火管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 |  |

イ　消防計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　管　場　所 |  |  |  |  |  |
|  | 緊急連絡先の記載 |  | 有 |  | 無 |
|  | 備蓄量 |  | | | 日分 |

ウ　非常時の備え

①　避難者名簿(利用者)

②　備蓄食品

(３)　消防署との連携

|  |
| --- |
|  |

ア　直近の立入検査の実施年月日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 有 | → | 改善報告提出年月日 |  |
|  | 無 |  | 内容 |  |

イ　指導・指摘事項

１６．諸規程等の整備状況

(１)各種規程・帳簿等

［平成　　年　　月　　日現在］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 規  程 | 管理に関するもの | | |
| ・　　　(平成　 年 　月 日)  　・　　　(平成 年 月 日)  　・　 (平成　 年　 月　 日)  　・　　　(平成　 年 　月　 日)  　・　育児休業に関する規則　　(平成　 年 　月　 日)  　・　介護休暇に関する規則　　(平成　 年 　月　 日)  　・　　　(平成　 年 　月　 日)  　・　　　(平成　 年 　月　 日)  　・　　　(平成　 年 　月　 日) | 有  有  有  有  有  有  有  有  有 | 無  無  無  無  無  無  無  無  無 |

　(注)有無欄に○印を付し、それぞれ直近の改正年月日を記載すること。

(２)労働基準法に基づく届出等の整備状況

|  |  |
| --- | --- |
| 第２４条関係  （給与からの法定外控除の届出） | 平成 年 月 日　締　結 |
| 第３６条関係  (時間外･休日労働協定) | 平成 年 月 日　締　結 |
| 平成 年 月 日　届　出 |
| 第４１条関係  （宿日直許可） | 平成 年 月 日　許　可 |