

介護保険施設等現況報告書(介護老人福祉施設)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 介護老人福祉施設の概要

施設名称	特別養護老人ホーム かつろぎ ユニット	事業所番号	175012087
施設所在地	北見市とん田東町381番地16	所 属	法人本部
電話番号	0157(33)5537	職 名	本部長
ファックス番号	0157(24)7733	氏 名	小泉昭江
電子メールアドレス	info@iikei-kutsurogi.org	記 入 日	
設置主体	種別: <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 ()	運営主体の概要 (※設置主体と同一の場合は省略可)	種別: <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所: 北見市とん田東町444番地1 電話番号 (0157(33)5537)		住所: 北見市とん田東町444番地1 電話番号 (0157(33)5537)
	法人名等: 社会福祉法人 治恵会		法人名等: 社会福祉法人 治恵会
	代表者名: 理事長 石川 寛		代表者名: 理事長 石川 寛
	法令遵守責任者名: 理事長 石川 寛		

2 職員の状況

(1) 従業員の職種・員数

	管 理 者	医 師	生 活 相 談 員	介 護 職 員	看 護 職 員	栄 養 士	機 能 訓 練 指 導 員	介 護 支 援 専 門 員	ユ ニ ッ ト リ ー ダ ー	
	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	
常勤 (人)		1		1	10		6	1	1	1
非常勤 (人)			1							
常勤換算 (人)	1.0	0.1	1.0	10.0	6.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
	常勤換算合計 =				16.0					

※1 当該年度の4月1日現在の状況を記載してください。

2 ユニットリーダー ユニットごとに常勤が必要です。

※ ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2人以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1人でよい)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任をもつ(研修受講者でなくても構わない)職員を決めることで足りる。

3 非常勤の従業者の休暇や出張の時間は、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めません。

※ 一部ユニット型の場合のみ記載してください。

	ユ ニ ッ ト 部 分			ユ ニ ッ ト 部 分 以 外 の 部 分		
	看 護 職 員	介 護 職 員	ユ ニ ッ ト リ ー ダ ー	看 護 職 員	介 護 職 員	ユ ニ ッ ト リ ー ダ ー
	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務
常勤 (人)						
非常勤 (人)						

①ユニット型	35 人 (ユニット数: 4)
②ユニット型以外	人

(2) 介護支援専門員の状況(4月1日現在)

氏名	登 録 番 号	有 効 期 間 満 了 年 月 日	氏名	登 録 番 号	有 効 期 間 満 了 年 月 日
山口 賢吾	01080585	令和6年3月3日			

※ 介護支援専門員の資格を有する者全員について記載してください。

(3) 人事管理等の実施状況

勤務時間	該当職種	健康診断の実施状況	前 年 度		本 年 度	
			7 月及び	月実施	7 月及び	月実施 (予定)
(通常) ・週休 6 日 37.75 時間 ・4週 6 休	事務職員 生活相談員 管理栄養士・その他	健康診断の実施状況	7 月及び	月実施	7 月及び	月実施 (予定)
(交代) ・4週 6 休 37.75 時間 4週6休シフト制	介護職員 看護職員		7 月及び	1 月実施	7 月及び	1 月実施 (予定)

※ 勤務時間については、就業規則等に基づき記載してください。

(4) 職員会議・委員会等の実施状況

会 議 等 の 名 称	参 加 職 種	実 施 状 況 (頻度)	記 録 の 有 無	記 録 者 の 種 別	会 議 等 の 主 な 内 容
(身体拘束廃止推進委員会) 身体拘束廃止委員会	施設長・生活相談員・管理栄養士 介護職員・看護職員・機能訓練指導員 事務職員	随時 (毎月1回)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当番制	身体拘束に関する実施の有無、事前にどの様に予防できるかを検討。
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染症対策検討委員会	施設長・生活相談員・管理栄養士 介護職員・看護職員・機能訓練指導員 事務職員・給食委託事業者栄養士	随時 (毎月1回)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当番制	感染症蔓延防止に関する対応策の検討及び具体的方法の実施
(事故発生防止検討委員会) 事故防止検討委員会	施設長・生活相談員・管理栄養士 介護職員・看護職員・機能訓練指導員 事務職員	随時 (毎月1回)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当番制	ヒアリング事項、介護事故に対する予防及び事例の検証又は、再発防止のに向けての周知及び具体策の検討実施
(その他の職員会議・委員会等)			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
ターミナルケア検討委員会	施設長・生活相談員・管理栄養士 介護職員・看護職員・機能訓練指導員 事務職員・家族	随時	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	担当看護師 担当ケアマネ	終末期における利用者に対しての計画作成。家族の同意。看取り介護の計画に基づいた今後の検討。
給食委員会	施設長・生活相談員・管理栄養士 介護職員・看護職員・機能訓練指導員 事務職員・給食委託事業者栄養士	随時 (毎月1回)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当番制	給食及び食中毒防止等を検討。嗜好調査等の報告。

※ 1 本表は、身体拘束廃止推進委員会、感染症対策委員会等、各種会議・委員会等の実施状況及び各種検討会等の活動状況について全て記載してください。
 2 「実施状況」欄については、週〇回、月〇回等実施頻度を記載してください。

3 入所者等に対する施設処遇等の実施状況(4月1日現在)

(1) 処遇等の状況

食事時間	調理従事者検便実施状況	褥瘡患者の状況	
朝食 8時00分	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (年 16 回) 5月~9月 2回・以外1回	入所前から 0 人	
昼食 12時00分		<input type="checkbox"/> 未実施	入所後発症 1 人
夕食 18時00分			

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(入所者一人当たり)週 2 回 対象者数: 2 人 入浴日: 月・火・木・金曜日 14:00 時~ 15:00 時	・おむつ使用者数 33 人 ・うち夜間のみ 0 人 ・定時交換回数 3 回 20 人 随時 回 人	<table border="1"> <thead> <tr> <th>機器名</th> <th>使用人数</th> <th>施設保有台数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>車いす</td> <td>32</td> <td>25 (7)</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>2</td> <td>3 (0)</td> </tr> <tr> <td>つえ</td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ</td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>その他 ()</td> <td></td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	機器名	使用人数	施設保有台数	車いす	32	25 (7)	歩行器	2	3 (0)	つえ		()	ポータブルトイレ		()	その他 ()		()
機器名	使用人数	施設保有台数																		
車いす	32	25 (7)																		
歩行器	2	3 (0)																		
つえ		()																		
ポータブルトイレ		()																		
その他 ()		()																		
・特別浴(入所者一人当たり)週 2 回 対象者数: 32 人 入浴日: 月・火・木・金曜日 9:00 時~ 16:00 時	・トイレ誘導回数 5 回 13 人 随時 回 人																			
当日入浴できないものの処遇状況 <input checked="" type="checkbox"/> 当日は全身清拭を行っている <input checked="" type="checkbox"/> 可能となった時に入浴させる <input checked="" type="checkbox"/> 可能となった時に全身清拭を行っている <input type="checkbox"/> 次の入浴日まで入浴等は行わない	・ポータブル使用者数 0 人	※ 個人の機器を使用している場合は、施設保有台数欄の()に別掲してください。																		

(2) 内容及び手続の説明及び同意等

○サービス提供

サービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
契約書の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他の日常生活費に係る同意書の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
被保険者証への入退所の記録の記載	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
居宅介護支援事業者等への、利用者に関する情報を提供する際の同意書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

○掲示

内容	掲示の有無	掲示場所
運営規程の概要	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1階掲示板
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1階掲示板
協力病院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1階掲示板
利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1階掲示板
その他の重要事項 〔 苦情の受付 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1階掲示板

○計画の作成等

施設サービス計画の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	--

4 入退所等の状況

(1-1) 入所の状況

区分	前年度の入退所者の総数
家庭	0 人
養護老人ホーム	0 人
社会福祉施設	0 人
軽費老人ホーム	0 人
認知症高齢者グループホーム	0 人
その他	2 人
小計	2 人
介護老人保健施設	1 人
病院・診療所	3 人
その他	0 人
合計	6 人

(2) 入所の状況(4月1日現在)

ア 入所者数及び平均年齢

	男	女	計
入所者数	9	25	34
平均年齢	78.89	85.96	82.43

※ 平均年齢は少数点第2位以下を四捨五入してください。

イ 入所期間別人数

6 月 未 満	1
6 月 以上 1 年 未 満	3
1 年 以上 3 年 未 満	30
3 年 以上 5 年 未 満	0
5 年 以上 1 0 年 未 満	0
1 0 年 以 上	0
合 計	34

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限
35 人	36 人

※

特例利用者がいる場合の上限とは、併設短期入所生活介護事業所がある場合で特例利用者がいるときに、本体施設で定員超過減算にならない人数の範囲のことです。

ただし、本体の入所者数+特例利用者+併設短期入所生活介護の利用者数が、本体+併設短期入所生活介護の定員を超えないでください。

- ※1 前年度の異動状況について記載してください。
 2 ()内は、当該施設に以前入所したことのある者について再掲してください。

(1-2)退所の状況

退所者数	家	人
	福祉施設	人
	その他	人
	小計	0人
	介護老人保健施設	人
	病院・診療所	2人
	死亡	5人
	その他	人
	合計	7人

※ 前年度の異動状況について記載してください。

エ 前年度入所者延べ数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
延数	1,010	1,070	1,008	1,020	1,010	995	
平均	34	35	34	33	33	34	
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	944	875	928	1,010	928	1,040	11,838
平均	31	30	30	33	34	34	

記入例：4/1→52人+4/2→51人+4/3→55人……… 4/29→50人+4/30→54人=1,520人

- ※1 併設型短期入所生活介護事業所がある場合で特例利用者がいるときは、当該特例利用者も入所者数に含めてください。
 2 平均利用者数は、当該月の入所者延数÷当該月の日数
 3 小数点以下は切り上げてください。

オ 前年度の入所者平均（人員基準上満たすべき従業者の員数を算定する際の入所者数）

32.43 人

- ※1 前年度の入所者延数÷前年度の日数(365日あるいは366日)
 2 小数点第2位以下を切り上げてください。

カ 前年度各月初日現在入所者数 各月初日の要介護度別入所者数を記載してください。

月	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
4						4	20	11	35
5						3	21	11	35
6						3	22	10	35
7						2	21	12	35
8						2	22	11	35
9						2	22	11	35
10						3	22	10	35
11						3	22	10	35
12						3	22	9	34
1						3	22	10	35
2						3	22	10	35
3						3	22	10	35

キ 要介護度別・自立度判定基準別入所者数(4月1日現在)

区分	① 入所者	自立度判定基準							
		計	ランクなし	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクM	不明
要介護度等	自立	0							
	要支援	0							
	要介護1	0							
	要介護2	0							
	要介護3	3			1	2			
	要介護4	23		1	2	11	7	2	
	要介護5	8		1		2	4	1	
計	34	0	2	3	15	11	3	0	

※ 入所者の要介護度等別人数を記入し、さらに自立度判定基準による内訳を記載してください。

5 機能訓練等の実施状況

区分	内容				担当者職氏名		
	実施曜日	実施時間	1日の平均対象人数	主な内容	1人あたり週平均実施回数	職氏名	
入所者	個別訓練	木・金・土	5分~20分	11.5人	関節可動域訓練 立ち上がり訓練・歩行訓練	1回	機能訓練指導員 作業療法士 鈴木 琴美
	集団訓練	月~金	16分	7.0人	体操・ボール風船の運動 トランプ・歌	2.8回	機能訓練指導員 作業療法士 鈴木 琴美

※ 訓練計画により計画的に実施した機能訓練について、その状況を記載してください。

6 苦情処理状況 【前年度苦情件数 0 件】

苦情受付窓口の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→	担当者の施設内掲示。常時受付体制あり	前年度の事例 該当なし
苦情処理マニュアル等の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→	マニュアル作成済。対応フローチャート作成	
苦情処理の概要について入所者への説明	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→	入所時に重要事項説明書にて説明の実施。施設内各所に掲示	
苦情処理に関する記録の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→	記載様式あり。	

※1 「有」の場合は概要を記載してください。

7 身体拘束の状況(4月1日現在)(人)

入所者数等	自立・要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
35				0	0	0	0

身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体的拘束等の適正化のための指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
今年度の従業者への身体的拘束等の適正化のための研修実施予定(月)	令和元年 5月・11月

※ 平成30年度以降、身体拘束等の適正化のため、定期的(3月に1回以上)な委員会の開催、指針の整備、定期的な(年2回以上)研修の実施が義務化されています。

8 介護福祉施設サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無 有 無

9 衛生管理等

具体的な実施状況							
衛生管理	<table border="1"> <tr> <td>食器</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 食器は下洗した後、自動食器洗浄機にて82度以上のお湯にて洗浄を行う。 食器乾燥庫にて85度、40分間の乾燥と除菌の実施。 </td> </tr> <tr> <td>飲用水</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 水道水は始業前に1日1回以上管能検査を実施し無味、無臭、透明を確認している。又業務始業前、終了後2回残留塩素の測定値を記録している。 水質検査を行い(1ヵ月に2回)残留塩素が0.1PPM以上の確認の実施 </td> </tr> <tr> <td>医療品及び医療器具</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> アルコール消毒。状況や器具によっては協力医療機関に依頼しオートクレーブ滅菌処理等を行う。 </td> </tr> </table>	食器	<ul style="list-style-type: none"> 食器は下洗した後、自動食器洗浄機にて82度以上のお湯にて洗浄を行う。 食器乾燥庫にて85度、40分間の乾燥と除菌の実施。 	飲用水	<ul style="list-style-type: none"> 水道水は始業前に1日1回以上管能検査を実施し無味、無臭、透明を確認している。又業務始業前、終了後2回残留塩素の測定値を記録している。 水質検査を行い(1ヵ月に2回)残留塩素が0.1PPM以上の確認の実施 	医療品及び医療器具	<ul style="list-style-type: none"> アルコール消毒。状況や器具によっては協力医療機関に依頼しオートクレーブ滅菌処理等を行う。
食器	<ul style="list-style-type: none"> 食器は下洗した後、自動食器洗浄機にて82度以上のお湯にて洗浄を行う。 食器乾燥庫にて85度、40分間の乾燥と除菌の実施。 						
飲用水	<ul style="list-style-type: none"> 水道水は始業前に1日1回以上管能検査を実施し無味、無臭、透明を確認している。又業務始業前、終了後2回残留塩素の測定値を記録している。 水質検査を行い(1ヵ月に2回)残留塩素が0.1PPM以上の確認の実施 						
医療品及び医療器具	<ul style="list-style-type: none"> アルコール消毒。状況や器具によっては協力医療機関に依頼しオートクレーブ滅菌処理等を行う。 						
感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> 原則毎月1回に施設内感染対策検討委員会の実施。(委員会実施記録等は別にあり) 						
食中毒対策	<ul style="list-style-type: none"> 調理従事者の5月～9月まで月2回、その他は月1回の検便検査の実施。加熱調理においては中心温度75度以上を確認、記録。 加熱しない生野菜は流水にて3回洗い、0.02%の次亜塩素酸ナトリウムに10分付けて再度15分流水にさらす。 						
施設内の適温の確保	<ul style="list-style-type: none"> 冬季間は各フロアにある暖房システムの温度を22度以上に設定し室温を確保している。施設内の換気システムを稼働させ適温を確保している。 						

10 秘密保持等

従業者(従業者であった者)が業務上知り得た秘密の保持に関する措置	<ul style="list-style-type: none"> 雇用契約書、勤務上の注意事項(5)に記載。入職時及び契約変更等があった場合に説明を実施し、各自理解承諾の上、押印をして頂いている。
居宅介護支援事業者等に情報提供することに係る入所者の同意の有無	<p><input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>(※具体的に記載してください)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所契約書第12・守秘義務について、第19条に退所時の援助として記載。 重要事項説明書(5)個人情報の保護について入所時に説明を行い同意を得るように実施している。

11 地域との交流

地域住民等との連携及び協力を行う等の地域との交流の具体例	<ul style="list-style-type: none"> 北見市西部相内地区地域ケア会議の出席。地域懇談会、高齢者110番の家活動への参加、協力。 認知症高齢者行方不明者から安全に戻る事を願う会ボランティア活動への参加。
------------------------------	--

この報告書は介護保険法第24条の規定に基づき報告を求めらるるものです。提出しない場合や基準違反等が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。

介護保険施設等現況報告書(非常災害対策)

※ サービスごとに記載・提出してください。

※ 色のついた部分に入力願います。濃い黄色の部分からはリストの中から選択してください。

施設名称	特別養護老人ホーム くつろぎ
サービス種別	介護老人福祉施設

(1) 非常災害対策に関する取組状況等

非常災害対策に関する取組について、次の①から⑥までそれぞれ該当していますか。

① 非常災害対策計画の策定の有無	有		非常災害対策計画の策定が「有」の場合、計画の最終改定日(年月日)	平成24年8月1日			
② 具体的な計画の策定状況	③ 避難等訓練の状況 ※2 (未実施の場合、下記⑥に理由を記載してください。)		④ 施設等が所在する立地条件 ※3				
	全ての施設等で策定が必要 ※1	対応/非対応	実施/未実施	回数			
施設等の地理的条件により策定が必要	ア 火災	対応	実施	1	該当/非該当		
	イ 地震災害	対応	実施	1			
	ウ 風水害	非対応	未実施			a 洪水浸水想定区域(水防法)	未該当
	エ 土砂災害	非対応	未実施			b 雨水出水浸水想定区域(水防法)	未該当
						c 高潮浸水想定区域(水防法)	未該当
						d 土砂災害警戒区域(土砂災害警戒区域における土砂災害防止対策の推進に関する法律)	未該当
						e 土砂災害危険箇所(土石流危険渓流(準ずる渓流を含む)、地すべり危険箇所、急傾斜地崩壊危険箇所(準ずる斜面を含む))	未該当
	オ 津波災害	非対応	未実施			f 山地災害危険地区(山腹崩壊危険地区、崩壊土砂流出危険地区、地すべり危険地区、山地災害危険地区の準用地区)	未該当
	カ 火山災害	非対応	未実施			g 津波災害警戒区域(津波防災地域づくりに関する法律)	未該当
	キ その他	非対応	未実施			h 火山災害警戒地域(活動火山対策特別措置法)	未該当
				i その他 ()			
⑤ 夜間又は夜間想定訓練実施状況 ※4	夜間想定		⑥ 避難等訓練未実施の理由				

※1 火災、地震災害については、どの地域でも起こりうると考えられることから、全ての施設等で非常災害対策の検討が必要です。

※2 ③の避難等訓練について、複数の災害を想定して実施している場合は、それぞれの災害の種類ごとにカウントしてください。

※3 ④の立地条件は、市町村の福祉担当又は防災担当に確認の上、記載してください。

※4 ⑤の夜間又は夜間想定訓練について、通所系事業所は回答不要です。

(2) 非常災害対策計画に含まれる項 策定している非常災害対策計画に以下の項目が含まれていますか。

No	具体的な項目	項目の有無	No	具体的な項目	項目の有無
1	施設等の立地条件	有	8	避難難方法	有
2	施設等の構造・設備の確認	有	9	災害時の人員体制・指揮系統	有
3	災害に関する情報の入手方法	有	10	停電・断水時の対応(通所系は必須としない)	有
4	災害時の連絡先及び通信手段	有	11	関係機関との連絡体制(市町村・警察・消防等)	有
5	避難を開始する時期・判断基準	有	12	避難・救出その他必要な訓練及び防災教育	有
6	避難難場所	有	13	その他	有
7	避難難経路	有			

※ 具体的な項目の有無については、最後のページ「[参考]非常災害対策計画に含まれる項目」を参考の上、記載ください。

(3) 主な防火安全対策

施設等の延べ面積	5360.06	㎡
----------	---------	---

① 防火管理者の選任・届出

消防法施行令上の義務	義務の有無	有
施設等の整備状況	設置状況の有無	有
	設置していない場合、その理由	
	防火管理者又は防火管理責任者の氏名	小泉昭江

② 消火器の設置

消防法施行令上の義務	義務の有無	有
施設等の整備状況	設置状況の有無	有
	設置していない場合、その理由	

③ スプリンクラーの設置

消防法施行令上の義務	義務の有無	有
	義務有りの場合、免除の有無	有
	免除有りの場合、その理由	

※ 義務無しの場合、空欄にしてください。

④ 耐震化促進法の対応 ※ 耐震診断を行う必要がない施設においては、項目イ及びウの記載は不要です。

ア 建築年度(年月)	平成24年 8月			
イ 昭和56年7月以前建築の場合、耐震診断の実施状況	診断実施済みの場合、実施時期			
	診断未実施の場合、未実施の理由			
ウ 耐震診断の結果	耐震性有の場合	Is値		Iw値
	耐震性無(改修予定あり)の場合、改修予定時期			
	耐震性無(改修予定なし)の場合、その理由			

⑤ アスベスト使用状況 ※ 対象施設は、平成18年9月1日以降に新築の工事に着手した建築物を除く、全ての建築物その工作物です。

ア 調査対象施設に該当するか	非該当
----------------	-----

※ 項目アで「非該当」の場合、イ以下の記載は不要です。項目イ以下は、直近の厚生労働省調査に基づいて記載してください。

イ 使用確認の有無(確認方法)	確認方法	
ウ 使用方法の有無(使用場所)	使用場所	
エ 除去等の措置の有無		
オ ばく露のおそれの有無		

⑥ 防犯対策

ア 防犯カメラの設置の有無	有
イ 防犯センサー(センサーライト含む)の設置の有無	有
ウ フェンス等の設置の有無	無

【参考】「非常災害対策計画に含まれる項目」について

非常災害対策計画の策定に当たっては、次の具体的な項目について検討が必要です。
「具体的な項目」の有無については、以下に示す各項目の検討内容のうち、1項目以上検討されていれば「有」としてください。

具体的な項目	検討内容
1 施設等の立地条件(地形等)	①施設等の立地条件を確認していますか。 ②周辺地区の過去の災害発生状況を把握していますか。 ③発生するかもしれない災害を予測していますか。
2 施設等の構造・設備	①施設等の建物の構造を確認していますか。 ②施設等の設備を確認していますか。
3 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)	①災害に関する情報の入手方法を確認していますか。(テレビ、ラジオ、パソコン、携帯電話など)
4 災害時の連絡先及び通信手段の確認(自治体、家族、職員等)	①災害時の職員間の連絡体制は整備していますか。 ②災害時の緊急連絡先の連絡体制は整備していますか。(自治体、消防署、警察、医療機関、家族など) ③通常の連絡手段が通じない場合(停電など)の連絡方法を検討していますか。
5 避難を開始する時期、判断基準(「避難準備情報発令」時等)	①避難開始の時期の判断基準がありますか。 ②-1 通所系事業所の場合、臨時休業の判断基準がありますか。 ②-2 また、利用者への連絡方法を周知していますか。
6 避難場所(市町村が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等)	①市町村が指定した避難場所を確認していますか。 ②施設内の安全なスペースを確認していますか。 ③災害の種類や規模に応じた避難場所を複数選定していますか。 ④送迎時や施設外活動時に被災した際の避難場所を選定していますか。
7 避難経路(避難場所までのルート(複数)、所要時間等)	①避難経路は複数設定していますか。 ②送迎時等に被災した場合の避難経路を設定していますか。 ③避難場所、避難経路等を記載して経路図を作成していますか。 ④避難にかかる所要時間を把握していますか。
8 避難方法(利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)等)	①利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩、ストレッチャー等)を検討していますか。 ②冬期間における避難も考慮したものとなっていますか。
9 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)	①避難に必要な職員数を検討していますか。【日中・夜間】 ②災害発生時の職員の役割分担が明確になっていますか。【日中・夜間】 ③指揮系統が明確になっていますか。(総括責任者、班のリーダー、その代行者など)【日中・夜間】 ④出勤していない職員の参集基準を設けていますか。【日中・夜間】
10 停電・断水時の対応(※ 通所系・訪問系事業所は必須としません)	①停電を想定した対策を検討していますか。 ②断水を想定した対策を検討していますか。
11 関係機関との連携体制等	①関係機関との連携体制(市町村、警察、消防等)は整備されていますか。 ②地元自治会等との協力体制は整備されていますか。
12 避難・救出その他必要な訓練及び防災教育	①非常災害に備えるため、定期的な避難・救出その他必要な訓練を実施することとしていますか。 ②夜間又は夜間を想定した避難等訓練を実施することとしていますか。(※) ③防災教育を実施することとしていますか。
13 その他	①災害時に必要な水・食糧などの備蓄品リストを作成していますか。 ②利用者情報(血液型、服薬の状況、身体の状況、家族等の連絡先等)を整理していますか。

※ 通所系事業所の場合は、夜間に関する項目の検討は必要ありません。

この報告書は介護保険法第24条の規定に基づき報告を求めたものです。提出しない場合や基準違反等が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。