

平成30年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
介護老人保健施設票

※本調査票は、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「－」とご記入ください。
 ※調査時点は、平成30年10月3日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県		
2) 運営主体	1 医療法人	2 市区町村、広域連合、一部事務組合	
	3 社会福祉法人	4 その他 ()	
3) 開設年	西暦 () 年		
4) 入所定員	() 人		
5) 介護報酬上の届出	1 基本型	2 在宅強化型	3 その他型 4 療養型
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出の有無		1 I 2 II 3 届出無
6) 居室区分 (複数回答可)	1 従来型個室	2 多床室	
	3 ユニット型個室	4 ユニット型個室的多床室	
7) 貴施設で実施しているサービス (複数回答可)	1 短期入所療養介護	2 通所リハビリテーション	
	3 訪問リハビリテーション	4 1～3 はいずれもなし	
8) 貴施設の病院または診療所の併設状況 (複数回答可)	1 病院併設 ➡併設医療機関 (a 一般病床 b 療養病床 c その他の病床) 2 診療所併設 3 無		
9) 貴施設では、ISO等のマネジメントシステムを導入していますか	1 導入している ➡具体的に () 2 導入していない		
10) 自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けていますか	1 受けている ➡a 関係団体 b 経営母体の法人 c 民間のコンサル d その他 () 2 受けていない		

3. 入所者の状況についてお伺いします。平成30年10月3日0時時点の入所者数についてご記入ください。

全数（実人数）							
16)入所者数	人						
17)要介護度別入所者数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	
	人	人	人	人	人	人	
18) 入所時の主傷病別入所者数(主な傷病1つに計上)	高血圧	脳卒中	心臓病	糖尿病	高脂血症	呼吸器の病気	胃腸・肝臓・胆のうの病気
	人	人	人	人	人	人	人
	腎臓・前立腺の病気	筋骨格系の病気	外傷	がん	血液・免疫の病気	うつ病・精神疾患	認知症
	人	人	人	人	人	人	人
	パーキンソン病	目の病気	耳の病気	歯科疾患	その他の難病	その他	ない
人	人	人	人	人	人	人	
19) 主傷病が認知症の場合のみ回答してください。 副傷病のうち主な1つを選び、計上してください	高血圧	脳卒中	心臓病	糖尿病	高脂血症	呼吸器の病気	胃腸・肝臓・胆のうの病気
	人	人	人	人	人	人	人
	腎臓・前立腺の病気	筋骨格系の病気	外傷	がん	血液・免疫の病気	うつ病・精神疾患	
	人	人	人	人	人	人	
	パーキンソン病	目の病気	耳の病気	歯科疾患	その他の難病	その他	ない
人	人	人	人	人	人	人	

4. 貴施設の入所者のうち、平成 30 年「2月」と「8月」の2か月において、入所時点で行って
 いなかった治療・医療処置等を行った場合には、その原因となった傷病や、処置等について、ご記
 入ください。選択肢は次頁の枠内から選んでください。1人の入所者につき、複数回答可です。

No	① 発生月 ※数字 に○	② 年齢 ※数字 で記入	③ 要介 護度 ※数字 で 記入	④ 疾患 名 (治療 等 の原因と なった 疾患)	関連して要した検査等		関連して要した処置等			⑩ 以前か ら受け ている 処置	⑪ 関連し て入院 の有無	⑫ 有の場 合：何 日後に 入院し たか
					⑤ 老健内 で実施	⑥ 病院・ 診療所 で実施	⑦ 老健 内で 実施	⑧ 病院・ 診療所 で実施	⑨ 老健で処 置後に、 病院・診 療所で実 施			
例	2・8	94	3	3	1・3	22	11	26	26	26	有 無	
1	2・8										有・無	
2	2・8										有・無	
3	2・8										有・無	
4	2・8										有・無	
5	2・8										有・無	
6	2・8										有・無	
7	2・8										有・無	
8	2・8										有・無	
9	2・8										有・無	
10	2・8										有・無	
11	2・8										有・無	
12	2・8										有・無	
13	2・8										有・無	
14	2・8										有・無	
15	2・8										有・無	
16	2・8										有・無	
17	2・8										有・無	
18	2・8										有・無	
19	2・8										有・無	
20	2・8										有・無	
21	2・8										有・無	
22	2・8										有・無	
23	2・8										有・無	
24	2・8										有・無	
25	2・8										有・無	
26	2・8										有・無	
27	2・8										有・無	
28	2・8										有・無	

※記入欄が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

5. 貴施設での事故防止、安全管理のための体制についてお伺いします。

(1) 事故防止、安全管理のための指針や委員会の設置状況等についてお伺いします。

20) 専任の安全対策を担当する者の有無	1 有	2 無	
①～②は、20)で、「1 有」の場合、ご回答ください			
① 専任の安全対策を担当する者の人数			
()人 (内、全老健リスクマネジャー ()人)			
②専任の安全対策を担当する者の職種と職種ごとに担当する業務、受講経験のある外部研修を下の選択肢から選び、番号を記入してください。			
	職種(1つずつ)	担当する業務(複数回答可)	受講経験のある外部研修(複数回答可)
例	4	1, 2	3 日本O×学会
1			
2			
3			
4			
5			

【選択肢】

職種				
1 施設長	2 事務長	3 医師 (1 以外)	4 看護職員	5 介護職員
6 リハビリ職員	7 薬剤師	8 栄養士・管理栄養士	9 歯科衛生士	10 介護支援専門員
11 支援相談員	12 事務職員	13 その他 (具体的に)		
担当する業務(複数回答可)				
1 介護事故	2 ヒヤリ・ハット	3 感染症・食中毒		
4 職員の安全・衛生	5 職員の法令等違反、不祥事等	6 家族・利用者からの苦情相談		
7 自然災害	8 火災	9 その他 (具体的に)		
受講経験のある外部の研修(複数回答可)				
1 全国老人保健施設協会 (リスクマネジャー養成講座)	2 自治体	3 その他学会等 (具体的に)		

21) 貴施設の介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢についてお伺いします。(主なもの1つを選択)	1 施設の介護事故防止の取組みは、施設長の責務として重要と認識している
	2 施設の介護事故防止対策等を率先して検討している
	3 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に任せているが、定期的な会議等で報告を受けている
	4 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に一任している
	5 その他 ()

22) 貴施設では「事故発生の防止のための指針」を作成していますか	1 している	2 していない			
①～⑥は、22)で、「1 している」の場合、ご回答ください					
①該当の指針がありますか ※複数回答可					
1 転倒	2 転落	3 誤嚥	4 異食	5 褥瘡	6 離設
7 誤薬・薬剤	8 治療・処置	9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等			
10 ドレーン・チューブ	11 検査	12 その他 ()			

25)損害賠償保険の加入の有無	1 有 2 無
26)過去 1 年間に損害賠償の請求を受けたことの有無	1 有 2 無
27)介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無 ※介護事故後にリスク評価をした場合も含む	1 有 2 無
27) で「1 有」の場合、ご回答ください	
①リスク評価の方法 (複数回答可)	1 評価基準を用いて利用者のリスク評価を行っている →評価基準は誰が定めていますか a 市区町村 b 施設 c その他 () →何のリスクに対する評価基準ですか a 転倒 b 転落 c 誤嚥 d 異食 e 褥瘡 f 離設 g 誤薬・薬剤 h 治療・処置 i 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 j ドレーン・チューブ k 検査 l その他 () 2 ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している 3 介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となつてからリスクを検討している 4 その他 ()
②入所者家族とのリスク共有の有無	1 有 2 無 →(有の場合)リスク共有の平均的な頻度 1 1～2週間に1回程度 2 1か月に1回程度 3 2～3か月に1回程度 4 半年以上に1回程度 5 その他(具体的に:) →(有の場合)リスク共有の方法 ※複数回答可 1 ケアプランの立案や見直しに参加してもらう 2 個別に情報提供や面談を行っている 3 家族会を開催し、交流を図ったり意見を聴取している 4 その他 ()
28)施設における事故防止検討委員会の開催状況	1 定期的に開催→(a 毎月 b 2か月に1回 c 3か月に1回 d 半年程度に1回 e その他 ()) 2 必要に応じて開催
①平成 29 年度の開催回数	() 回
②構成メンバー (複数回答可)	1 施設長 2 事務長 3 医師(1以外) 4 看護職員 5 介護職員 6 リハビリ職員 7 薬剤師 8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士 10 介護支援専門員 11 支援相談員 12 事務職員 13 その他 ()
③構成メンバーの人数	() 人
④構成メンバーには外部有識者が入っていますか	1 いる→職種 () 2 いない
⑤委員会での検討事項 (複数回答可)	1 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し 2 施設全体の介護事故防止策に関する検討 3 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告 4 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析 5 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討 6 利用者一人一人のリスク評価 7 介護事故防止のための研修内容 8 その他 ()

⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法(複数回答可)	1 職員用内報で知らせる 2 職員用掲示で知らせる 3 施設内の定例の研修や会議で知らせる 4 特別の研修や会議を開催して知らせる 5 委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する 6 特に職員には知らせていない 7 その他 ()
29)施設外の医療介護事故や安全強化に関する情報を収集し、自施設の事故防止に活用していますか	1 活用している 2 活用していない
30)安全管理に関する業務の主な実施者(それぞれ、主な実施者1つに○)	
①事故予防対策の立案	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種:) 6 実施なし
②入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種:) 6 実施なし
31)これまでに実施した事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものを自由にご記入ください。	
32)事故防止のための施設の課題を自由にご記入ください。	

(2) 研修(平成29年度実績)についてお伺いします。

33)貴施設における職員に対する事故防止のための研修の有無	1 有 2 無
33)で「1 有」の場合ご回答ください。	
①平成29年度の開催回数	()回
②研修の延べ時間	()時間
③受講者数(延べ人数)	()人
④入職時研修の有無	1 有 2 無
⑤フロア、ユニット毎の研修開催の有無	1 有 2 無
⑥研修内容として該当するもの(複数回答可)	1 具体的な事故事例等に関すること 2 報告のしくみや報告様式の記載方法 3 事故発生時の対応 4 業務内容ごとのケア手順(実技) 5 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 6 その他()
⑦対象とする事故(複数回答可)	1 転倒 2 転落 3 誤嚥 4 異食 5 褥瘡 6 離設 7 誤薬・薬剤 8 治療・処置 9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 10 ドレーン・チューブ 11 検査 12 その他()
⑧研修の実施状況に対する評価(複数回答可)	1 実施している研修状況(開催頻度や研修内容等)に対し、満足している 2 研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である 3 職員の理解度に差がある 4 効果的な研修の内容や方法がわからない 5 その他()

(3) 施設における報告に関するルールについてお伺いします

①「事故」について、施設内での報告に関するルールについてお伺いします。

34)報告対象の事故の種別の番号に○をつけ、種別ごとに報告対象とする被害状況の範囲(選択肢は下の枠内)を選んでください。

事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	報告対象の場合:報告対象とする被害状況の範囲 (複数回答可)
1 転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2 転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3 誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4 異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5 褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6 離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7 誤薬・薬剤	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8 治療・処置	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9 医療機器・介護機器・リハビリ 機器等	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
10 ドレーン・チューブ	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
11 検査	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
12 その他 ()	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

【選択肢】

報告対象とする被害状況の範囲(複数回答可)
1 事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2 事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3 事故のため一時的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
4 事故のため継続的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
5 事故により長期にわたり治療が続くもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
6 事故による障害が永続的に残ったもの
7 サービス提供による利用者の死亡事故
8 施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11 1～10に該当する基準はない
12 その他 ()

35) 報告対象とする事故の被害の種類 (複数回答可)	1 骨折 2 打撲・捻挫・脱臼 3 切傷・擦過傷・裂傷 4 熱傷 5 その他の外傷 6 窒息 7 溺水 8 その他
36)発生後の報告手順	1 定めている 2 定めていない
37)発生後の報告時期	1 定めている 2 定めていない

38)報告書・様式	1 定めている	2 定めていない
38)で「1 定めている」場合、様式にある記載項目(複数回答可)		
1 発生日 2 時間 3 医療の実施の有無 4 事故の治療の程度 5 事故の程度 6 発生場所 7 事故の種別 (選択肢として記載のある内容) : a 転倒 b 転落 c 誤嚥 d 異食 e 褥瘡 f 離設 g 誤薬・薬剤 h 治療・処置 i 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 j ドレーン・チューブ k 検査 l その他 ()		
8 事故の概要 (自由に記載する欄)		
9 死亡者数 10 対象の入所者の数 11 要介護度区分 12 認知症区分 13 疾患名 14 直前の入所者の状態 15 発見者 16 当事者 17 当事者以外の関連職種 18 発生場面 19 家族への連絡 20 市区町村への第1報 21 その他 ()		
事故の種別の項目の選択肢に次の①～⑥がある場合、様式にある記載項目(複数回答可)		
①誤嚥	1 食事方法 2 該当なし	
②誤薬・薬剤	1 薬剤の種類 2 事故の場面 (a 処方 b 調剤 c 製剤管理 d 与薬準備 e 与薬) 3 該当なし	
③治療・処置	1 治療・処置の項目 2 事故の場面 (a 指示 b 準備 c 実施) 3 該当なし	
④医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1 医療機器・介護機器・リハビリ機器等の種類 2 事故の場面 (a 使用 b 管理指示 c 管理 d 準備) 3 該当なし	
⑤ドレーン・チューブ	1 ドレーン・チューブの種類 2 事故の場面 (a 管理 b 準備 c 使用 d 管理指示) 3 該当なし	
⑥検査	1 検査の種類 2 事故の場面 (a 指示 b 管理 c 準備 d 実施) 3 該当なし	
39)発生後の記録	1 定めている	2 定めていない

②「ヒヤリ・ハット」について、施設内での報告に関するルールについてお伺いします。

40)報告体制の有無	1 有	2 無
40)で、「1 有」の場合、41)～45)をご回答ください		
41)施設内で報告対象とする範囲(複数回答可)	1 事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例 2 事故等が発生したが、入所者への影響は認められなかった事例 3 事故等により入所者に変化が生じ、診察や検査が必要となったが、治療の必要がなかったもの 4 事故等の発生により入所者への影響が発生し、軽微な処置、治療を要した事例(ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、シップ、鎮痛剤投与等とする) 5 事故等が発生したが、入所者への影響が不明・曖昧な場合 6 1～5に該当するものはない 7 その他 ()	

42)発生後の報告手順	1 定めている	2 定めていない
43)発生後の報告時期	1 定めている	2 定めていない
44)報告書・様式	1 定めている	2 定めていない
44)で「1 定めている」場合、様式にある記載項目(複数回答可)		
1 発生日 2 時間 3 医療の実施の有無 4 治療の程度 5 発生場所		
6 ヒヤリ・ハットの種別の項目(選択肢として記載のある内容):		
a 転倒 b 転落 c 誤嚥 d 異食 e 褥瘡 f 離設 g 誤薬・薬剤		
h 治療・処置 i 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 j ドレーン・チューブ k 検査		
l その他()		
7 ヒヤリ・ハットの概要の記載(自由記載欄)		
8 対象の入所者の数 9 要介護度区分 10 認知症区分 11 疾患名 12 直前の入所者の状態		
13 発見者 14 当事者 15 当事者以外の関連職種 16 発生場面		
17 家族への連絡 18 市区町村への第1報		
19 その他()		
ヒヤリ・ハットの種別の項目の選択肢に次の①～⑥がある場合、様式にある記載項目(複数回答可)		
①誤嚥	1 食事方法 2 該当なし	
②誤薬・薬剤	1 薬剤の種類 2 場面(a 処方 b 調剤 c 製剤管理 d 与薬準備 e 与薬) 3 該当なし	
③治療・処置	1 治療・処置の項目 2 場面(a 指示 b 準備 c 実施) 3 該当なし	
④医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1 医療機器・介護機器・リハビリ機器等の種類 2 場面(a 使用 b 管理指示 c 管理 d 準備) 3 該当なし	
⑤ドレーン・チューブ	1 ドレーン・チューブの種類 2 場面(a 管理 b 準備 c 使用 d 管理指示) 3 該当なし	
⑥検査	1 検査の種類 2 場面(a 指示 b 管理 c 準備 d 実施) 3 該当なし	
45) 発生後の記録	1 定めている	2 定めていない

6. 貴施設から市区町村へ報告している「介護事故」についてお伺いします。

46)介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められているか回答してください。※市区町村が定めたものに従う場合も含む			
①市区町村への報告対象の範囲	1 定められている	2 定められていない	3 わからない
②市区町村への報告様式・書式	1 定められている	2 定められていない	3 わからない
③市区町村への報告手順・要領	1 定められている	2 定められていない	3 わからない
47)介護事故による死亡事故件数(平成29年度実績)			件

48)貴施設で「介護事故」として市区町村に報告している「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故として報告する被害状況の範囲」(選択肢は上記、34)と共通、枠内)を選んでください。

事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	介護事故として報告する被害状況の範囲(複数回答可)																	
1 転倒	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
2 転落	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
3 誤嚥	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
4 異食	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
5 褥瘡	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
6 離設	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
7 誤薬・薬剤	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
8 治療・処置	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
9 医療機器・介護機器・ リハビリ機器等	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
10 ドレーン・チューブ	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
11 検査	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
12 その他 ()	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12

49) 施設から市区町村へ報告した介護事故の件数(平成 29 年度)					合計()件	
転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設	
件	件	件	件	件	件	件
誤薬・薬剤	治療・処置	医療機器・介護 機器・リハビリ機 器等	ドレーン・ チューブ	検査	その他	
件	件	件	件	件	件	件

50)発生した介護事故を分析していますか	1 分析している	2 分析していない
「1 分析している」の場合:誰が分析 していますか(複数回答可)	1 事故の発見者(報告書の作成者)が分析している 2 事故が発生したフロアの職員で分析している 3 施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している 4 事故発生防止のための委員会で分析している 5 団体等の第三者に委託し分析している 6 その他()	
「1 分析している」の場合:どのような 分析を行っていますか(複数選択可)	1 事故の要因となった医療・介護の内容を特定している 2 事故の要因となった医療・介護の内容を検証している 3 改善策を検討している 4 その他()	

7. 衛生管理・感染管理についてお伺いします。

(1) 感染管理の体制についてお伺いします。

51)施設における感染対 策委員会の開催状況	1 定期的に関催➡(a 毎月 b 2か月に1回 c 3か月に1回 d その他())
①平成 29 年度の開催回数	() 回
②構成メンバー (複数回答可)	1 施設長 2 事務長 3 医師(1以外) 4 看護職員 5 介護職員 6 リハビリ職員 7 薬剤師 8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士 10 介護支援専門員 11 支援相談員 12 事務職員 13 その他()
③構成メンバーの人数	() 人
④構成メンバーには外部有識者が入っていますか	1 はい➡職種() 2 いいえ

66)緊急やむを得ない場合の身体拘束の実施の有無、 人数(利用者実人数)、延べ実施件数(平成 29 年度)	1 有⇒ () 人、延べ () 件 2 無
67)職員に対して研修を実施しましたか(平成 29 年度)	1 した⇒回数 () 回 2 しなかった

9. 災害対策についてお伺いします。

68)非常時・災害時に関する計画・マニュアルの策定の有無	1 有 2 無			
69)専任の災害対策を担当する者の有無、職種	1 無 (特に決めていない) 2 有⇒人数 () 人 ⇒職種 (複数回答可) : 1 施設長 2 事務長 3 医師 (1 以外) 4 看護職員 5 介護職員 6 リハビリ職員 7 薬剤師 8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士 10 介護支援専門員 11 支援相談員 12 事務職員 13 その他 ()			
70)防災訓練の実施の有無(平成 29 年度)	1 有 2 無			
70)で「1 有」の場合ご回答ください。				
①平成 29 年度の開催回数	風水害	地震	火災	その他
	日中			
	夜間			
②施設外の人への参加状況(複数回答可)	1 特になし 2 消防関係者 3 その他の行政職員 4 地域住民 5 その他 ()			
③訓練の反省点をマニュアルに反映していますか	1 している 2 していない			
71)事業継続計画(BCP)は策定していますか	1 している 2 していない			
72)必要時に、福祉避難所の指定を受けることは想定していますか	1 している 2 していない			

10. 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

(1) 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

73)利用者・家族からのクレーム対応の窓口を施設内に設置していますか	1 している 2 していない
74)利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか	1 している 2 していない
75)対応マニュアルは作成していますか	1 している 2 していない
76)入所者や家族へ相談窓口(施設外も含む)の案内・周知を行っていますか。(複数回答可)	1 行っていない 2 行っている⇒a 施設内の窓口 b 法人の窓口 c 市区町村 d 国保連 e その他

(2) 利用者・家族からのクレームについてお伺いします。

77)利用者・家族からのクレームの有無、件数(平成 30 年4月～9月)	1 有 () 件 2 無 3 わからない
78)主に誰が対応しますか	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 支援相談員 6 その他 (職種:) 7 わからない
79)直近のクレーム1例について、どのような内容でしたか	1 転倒、事故について 2 職員の態度、言葉遣い 3 しっかり対応、介護をしてくれているのか 4 連絡がない 5 状態の悪化 6 リハビリの内容 7 部屋やトイレの清潔 8 他の入所者・家族に関する内容 9 その他 ()

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名	電話番号
-----	------

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、同封の返送用封筒(切手は不要です)に入れ、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。