

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（案）

※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 急性期病院 b 回復期病院 c 慢性期病院 d その他) 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 ➡ a ISO (番号 :) b その他 () 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

2. 職員体制について伺います。

11) 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数および常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。

※常勤換算数は「職員の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の職員が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。

		①常勤換算数	②実人数		
			常勤者	非常勤者	
医師		.			
歯科医師		.			
薬剤師		.			
看護師		.			
准看護師		.			
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		.			
介護職員		.			
うち、介護福祉士		.			
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)		.			
栄養士・管理栄養士		.			
歯科衛生士		.			
介護支援専門員		.			
支援相談員		.			
その他		.			
12) 職員のうち、派遣職員の人数(実人数)			() 人		
13) 看護職員(看護師・准看護師)と介護職員の貴施設での勤続年数別の人数をご記入ください。					
	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上
看護職員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人
14) 施設長の経験年数(現施設での施設長としての経験年数)			() 年		
15) 施設長の保有する資格(複数回答可)		1 医師 2 看護師 3 准看護師 4 介護福祉士 5 社会福祉士 6 介護支援専門員 7 社会福祉施設長資格認定講習受講 8 介護職員初任者研修修了(またはホームヘルパー2級) 9 介護職員実務者研修修了(またはホームヘルパー1級) 10 その他()			

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。

【選択肢】

④ 疾患名 主なもの1つ	0 特に診断をしていない 呼吸器系：1 肺炎 2 誤嚥性肺炎 3 その他 感染症：4 真菌感染 5 インフルエンザ 6 ノロウイルス 7 血管内留置カテーテル関連血流感染 8 その他 消化器系：9 感染性胃腸炎 10 胃潰瘍（胃炎） 11 大腸憩室炎 12 急性虫垂炎 13 肝炎 14 胆嚢炎 15 胆管炎 16 膵炎 17 その他 内分泌系：18 糖尿病 19 甲状腺疾患 20 その他 循環器系：21 心不全 22 不整脈 23 虚血性心疾患 24 深部静脈血栓症 25 その他 腎・泌尿器系：26 膀胱炎 27 腎盂腎炎 28 カテーテル関連尿路感染 29 前立腺炎 30 その他 血液疾患系：31 貧血 32 その他 神経・精神系：33 脳卒中 34 その他 筋骨格系：35 骨折 36 偽痛風 37 その他 皮膚：38 帯状疱疹 39 熱傷 40 褥瘡 41 疥癬 42 皮膚欠乏性皮膚炎 43 胃瘻周囲皮膚炎 44 蜂窩織炎 45 その他			
	⑤・⑥ 関連して要した検査等（複数回答可） 1 尿検査 2 糞便検査 3 血液・生化学検査 4 培養検査 5 呼吸機能検査 6 心電図検査 7 超音波検査 8 脳波検査 9 上部・下部消化管内視鏡検査 10 気管支鏡検査 11 喉頭鏡検査 12 単純エックス線撮影 13 透視 14 C T 15 M R I 16 ドレナージ 17 脳室穿刺 18 胸腔・腹腔穿刺 19 腰椎穿刺 20 骨髄穿刺 21 透析（腹膜灌流を含む） 22 該当なし			
⑦・⑧・⑨ 関連して要した処置等（複数回答可） ⑩以前から受けている処置	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 4 カテーテル（尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 5 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 6 喀痰吸引 7 ネブライザー 8 酸素療法（酸素吸入） 9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理 11 静脈内注射（点滴含む） 12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く） 13 簡易血糖測定 14 インスリン注射 15 疼痛管理（麻薬なし） 16 疼痛管理（麻薬使用） 17 創傷処置 18 褥瘡処置 19 浣腸 20 摘便 21 導尿 22 膀胱洗浄 23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 24 リハビリテーション 25 歯科治療（訪問を含む） 26 該当なし			

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、全老健リスクマネージャー () 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(リスクマネージャー養成講座) 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
25) で「1 有」の場合、過去 1 年間の損害賠償請求の有無		1 有	2 無
26)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
26) 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 ()		
27)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 いなし	
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 ()
28)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
29)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
30)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。	
31)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。

32)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
32)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。

33) 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	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2 転落	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3 誤嚥	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4 異食	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5 褥瘡	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6 離脱	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
7 誤薬・薬剤	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8 治療・処置	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10 ドレーン・チューブ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
11 検査	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12 その他 ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

【選択肢】

報告対象とする被害状況の範囲(複数回答可)	
1	(サービス提供による利用者のけが等) けがの程度にかかわらずすべて
2	(サービス提供による利用者のけが等) 事故の種別によって発生した外傷等、なんらかのけがの内容を基準としている(※「転倒の場合に骨折」や「褥瘡の場合に皮膚欠損」など具体的な症状を報告の基準としている場合)
3	(サービス提供による利用者のけが等) 医療機関の受診を要したもの
4	(サービス提供による利用者のけが等) 入院を要したもの
5	(サービス提供による利用者のけが等) 救急搬送をした場合
6	サービス提供による利用者の死亡事故
7	事故発生後、ある程度の期間を経て死亡し、死因等に疑義が生じた場合
8	介護事故予防策を講じておらず、事象に至ったもの
9	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
10	1~9 で該当する基準はない
11	その他 ()

34) 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
35) 発生後の報告手順	1 定めている	2 定めていない		
36) 発生後の報告時期	1 定めている	2 定めていない		

37)報告書・様式	1 定めている	2 定めていない
37)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	
38)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。

39)報告体制の有無	1 有 2 無
39)で、「1 有」の場合、40)～44)をご回答ください	
40)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) 4 事故等が発生したが、入所者への影響が不明・曖昧な場合 5 その他 ()
41)発生後の報告手順	1 定めている 2 定めていない
42)発生後の報告時期	1 定めている 2 定めていない

43)報告書・様式		1 定めている	2 定めていない
43)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		
44) 発生後の記録		1 定めている	2 定めていない

6. 事故等の発生状況についてお伺いします。

45) 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)。報告しなかった場合には「0」と必ずご記入ください。報告件数を把握していない場合には「-」とご記入ください。				合計()件	
転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設
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
46)死亡事故件数(平成 29 年度)				件	

[illegible]

55)感染症対策で不足 していると感じる内 容(複数回答可)	1 看護職員教育 3 看護・介護職員以外の職員への教育 5 手洗いや手袋着用等の標準予防策 7 施設内の情報共有 9 職場の巡視 11 感染症対策に関する相談先 13 その他 ()	2 介護職員教育 4 施設内の環境整備 6 感染症発生時に備えた訓練 8 感染症対策に関する最新情報の収集 10 微生物検査 12 マニュアル
--------------------------------------	---	--

(2) 平成 29 年度 1 年間の発症者数等をお伺いします。発症者がいない場合は 0 と記載してください。

56)感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症等)を発症した入所者数	1 () 人	2 不明
57)ノロウイルスの集団発生(定義:同時期に2人以上発生)がありましたか	1 あった	2 なかった
58)インフルエンザ及びインフルエンザ様症状を発症した入所者数	1 () 人	2 不明
59)インフルエンザの集団発生(定義:同時期に2人以上発生)がありましたか	1 あった	2 なかった
60)疥癬を発症した入所者数	1 () 人	2 不明

8. 身体拘束廃止のための体制についてお伺いします。

61)施設として、身体拘束廃止についての方針を表明していますか		1 している	2 していない
62)身体拘束廃止委員会の設置の有無		1 有 2 無	
62)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身体拘束廃止委員会の構成メンバー(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活動内容(複数回答可)	1 身体拘束の廃止に取り組む基本方針の確認 2 身体拘束となる具体的行為についての検討 3 身体拘束の実態調査 4 身体拘束の廃止に向けた年間目標や行動計画の作成 5 身体拘束廃止マニュアルの作成 6 身体拘束の廃止が困難な事例についての検討 7 身体拘束を解除した成功事例の発表 8 緊急やむを得ない場合の身体拘束についての検討 9 その他		
63)専任の身体拘束廃止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 ()		
64)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	
65)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. 災害対策について伺います。

66)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		
67)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（ ）				
68)防災訓練の実施の有無(平成 29 年度)		1 有	2 無		
68)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
69)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
70)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伺います。

(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。

71)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
72)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
73)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
74)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。

[illegible]

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ます。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。