

## 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

法人名	社会福祉法人様似福祉会		
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
法人電話番号	0146-36-3126		
事業所名称	特別養護老人ホーム様似ソビラ荘		
事業所所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
事業所電話番号	0146-36-3126		
電子メールアドレス	spgq8s59@bell.ocn.ne.jp		
記入者	所属	社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘	
	職名	事務長	氏名 九里 隆広
定員	60	人	
現員	59	人	
短期入所の実施(有/無)	有	(事業所名	特別養護老人ホーム様似ソビラ荘)
併設施設・事業所(有/無)	有	(種別及び名称	様似ソビラ荘短期入所生活介護事業所)

## 2 職員の状況

## (1) 従業員の職種・員数

当該年4月における勤務表の写し(従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)を添付してください。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

## (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
水上 香織	01140215	令和7年 3月 5日			
嶋木 厚子	01090251	令和3年10月27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) 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	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・指導課長・介護長 主任生活相談員・主任介護員 介護支援専門員・介護福祉士 看護師	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	身体拘束の原因と対策、家族との連絡
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染症対策委員会	施設長・事務長・指導課長 主任生活相談員・生活相談員 介護長・主任介護員・主任看護師 介護支援専門員・栄養士	年4回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任看護師	感染症及び食中毒に対する予防策
(事故発生防止検討委員会) 事故防止委員会	指導課長 主任生活相談員・主任介護員 介護支援専門員・看護師 介護福祉士	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護支援専門員	事故の原因と対策
(その他の職員会議・委員会等) 管理職会議	施設長・事務長・指導課長	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事務長	施設の運営等
職員会議	全職員(夜間管理人・パート職員除く)				行事予定、規程改正、施設の運営等
主任者会議	施設長・事務長・指導課長			事務長	施設の運営について
行事運営定例会議	主任生活相談員・生活相談員 介護長・主任介護員・主任看護師	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	毎月の行事内容について
給食運営委員会	介護支援専門員・栄養士			栄養士	入居者の食事全般について
ケアカンファレンス	介護長・主任生活相談員・主任介護員 介護支援専門員・介護福祉士・介護員 主任看護師・看護師	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	入居者のサービス計画の見直しについて
口腔ケア委員会	歯科衛生士(口腔ケア委員会のみ)			介護支援専門員	口腔内の衛生管理について

※ 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。

2 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
新規入所者数	家庭 ( ) 12人
	養護老人ホーム ( ) 0人
	社会福祉施設
	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 ( ) 0人
	小計 ( ) 0人
	介護老人保健施設 ( ) 0人
	病院・診療所 ( ) 4人
	その他 ( ) 0人
合計 ( ) 16人	

※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	家庭	0人
	養護老人ホーム	0人
	社会福祉施設	
	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	0人
	小計	0人
	介護老人保健施設	0人
	病院・診療所	4人
	死亡	11人
その他	0人	
合計	15人	

※ 前年度の異動状況について記載してください。

(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	19	40	59
平均年齢	84.8	88.5	87.3

※ 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	8
6月以上1年未満	5
1年以上3年未満	27
3年以上5年未満	11
5年以上10年未満	8
10年以上	0
合計	59

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限
60人	63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。

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	1,734	1,714	1,631	1,721	1,771	1,753	
平均	58	56	55	56	58	59	
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	1,790	1,748	1,773	1,817	1,658	1,809	20,919
平均	58	59	58	59	60	61	

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)

57.4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	0	0	0	0	3	25	19	11	58
5	0	0	0	0	3	24	21	12	60
6	0	0	0	0	3	26	20	10	59
7	0	0	0	0	2	27	19	11	59
8	0	0	0	0	2	29	18	10	59
9	0	0	0	0	2	30	19	9	60
10	0	0	0	0	2	30	18	9	59
11	0	0	0	0	2	30	18	10	60
12	0	0	0	0	2	29	19	10	60
1	0	0	0	0	1	29	19	10	59
2	0	0	0	0	1	28	21	10	60
3	0	0	0	0	1	28	22	8	59

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							不明
		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	
自立度等	自立	0	0	0	0	0	0	0	0
	要支援	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護1	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護2	1	0	0	0	0	1	0	0
	要介護3	26	0	2	8	9	7	0	0
	要介護4	24	0	2	5	7	10	0	0
	要介護5	8	0	1	0	1	6	0	0
計	59	0	5	13	18	23	0	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。

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

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要

記入年月日 令和 3 年 4 月 28 日

法人名	社会福祉法人様似福祉会		
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
法人電話番号	0146-36-3126		
事業所名称	様似ソピラ荘短期入所生活介護事業所		
事業所番号	0173800194		
事業所所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
事業所電話番号	0146-36-3126		
電子メールアドレス	spgq8s59@bell.ocn.ne.jp		
記入者	所属	社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソピラ荘	
	職名	事務長	氏名 九里 隆広

2 (1)利用者の状況(前年度)

(2)利用定員  
(単独型・併設型の場合)

		居宅サービス (人)	介護予防サービス (人)	計
4月	実人員	14	0	14
	延利用数	( 283 )	( 0 )	( 283 )
	平均利用者数	10	0	10
5月	実人員	14	0	14
	延利用数	( 373 )	( 0 )	( 373 )
	平均利用者数	13	0	13
6月	実人員	15	0	15
	延利用数	( 347 )	( 0 )	( 347 )
	平均利用者数	12	0	12
7月	実人員	18	0	18
	延利用数	( 404 )	( 0 )	( 404 )
	平均利用者数	14	0	14
8月	実人員	18	1	19
	延利用数	( 370 )	( 10 )	( 380 )
	平均利用者数	12	1	13
9月	実人員	18	0	18
	延利用数	( 374 )	( 0 )	( 374 )
	平均利用者数	13	0	13
10月	実人員	17	0	17
	延利用数	( 394 )	( 0 )	( 394 )
	平均利用者数	13	0	13
11月	実人員	17	0	17
	延利用数	( 415 )	( 0 )	( 415 )
	平均利用者数	14	0	14
12月	実人員	17	1	18
	延利用数	( 433 )	( 6 )	( 439 )
	平均利用者数	14	1	15
1月	実人員	16	0	16
	延利用数	( 378 )	( 0 )	( 378 )
	平均利用者数	13	0	13
2月	実人員	16	0	16
	延利用数	( 370 )	( 0 )	( 370 )
	平均利用者数	14	0	14
3月	実人員	18	0	18
	延利用数	( 358 )	( 0 )	( 358 )
	平均利用者数	12	0	12
計	実人員	198	2	200
	延利用数	( 4,499 )	( 16 )	( 4,515 )

16 人

※1 各月ごとの利用実人員を記入すること。( )内は延べ利用回数を記載してください。

※2 平均利用者数は、当該月の利用者延数÷当該月の日数

※3 小数点以下を切り上げてください。

(3) 前年度の利用者等平均

12.4	人
------	---

- ※1 前年度の利用者延数/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。

3 添付資料

当該年4月における勤務表の写し(従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

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

(通所介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要 記入年月日 令和 3 年 4 月 28 日

法人名	社会福祉法人様似福祉会		
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
法人電話番号	0146-36-3126		
事業所名称	様似デイサービスセンター		
事業所番号	0173800194		
事業所所在地	北海道様似郡様似町大通2丁目98番地の2		
事業所電話番号	0146-36-5566		
電子メールアドレス	qq9v593d@peace.ocn.ne.jp		
記入者	所属	社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘	
	職名	事務長	氏名 九里 隆広

## 2 (1) 利用者の状況(前年度)

月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均	月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均
4月	78	( 500 )	23	10月	73	( 497 )	23
5月	74	( 452 )	21	11月	75	( 482 )	23
6月	78	( 515 )	24	12月	73	( 477 )	22
7月	75	( 506 )	22	1月	79	( 459 )	25
8月	72	( 451 )	22	2月	77	( 488 )	25
9月	73	( 474 )	22	3月	83	( 548 )	24
				計	910	( 5,849 )	

## (2) 利用定員

35	人
----	---

※1 各月ごとの利用実人員を記入すること。( )内は延べ利用回数を記載してください。

※2 一月間の利用者の平均数は、定員超過利用の基準に該当するかを判断するために用います。  
 計算式は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計(延利用数)÷当該月のサービス提供日数(小数点以下を切り上げてください)。

## 3 非常災害対策(4月1日現在の利用者数:(人))

定員(A)	要介護3~5の利用者数(B)	割合(B/A)
35	14	40.0%

※ 防火安全対策について、「要介護状態区分が3~5」の入居者が、施設全体の定員の半数以上であることを目安として、消防法施行令上の義務が生じる場合があるので、地元の消防機関に確認のうえ、別添「現況報告書(非常災害対策)」を記載してください。

## 4 添付資料

当該年4月における勤務表の写し(従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

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。濃い黄色の部分はリストの中から選択してください。

施設等名称	特別養護老人ホーム様似ソビラ荘
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⑤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)	令和2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	
	対応/非対応	実施/未実施		回数
全ての施設等で策定が必要 ※1	ア 火災	対応	2	※下記a～c区域以外であっても、全ての地域で計画の策定等が必要。 a 洪水浸水想定区域(水防法) 未該当 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 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 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 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 ( )
	イ 地震災害	対応	1	
施設等の地理的条件により策定が必要	ウ 風水害	対応		
	エ 土砂災害	対応		
	オ 津波災害	対応	1	
	カ 火山災害	非対応		
	キ その他			
⑤ 夜間又は夜間想定訓練実施状況 ※4	夜間(想定)実施	⑥ 避難等訓練未実施の理由		

※1 火災、地震災害、風水害(台風・大雨等)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計画の策定・避難救出その他必要な訓練の実施が必要です。

※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。

(参考)水防法及び土砂災害防止法に基づく避難確保計画の作成状況

種別	①市町村地域防災計画に位置付けられている要配慮者利用施設か	②避難確保計画を作成しているか
	該当/非該当	作成/未作成
ウ 風水害	非該当	作成
エ 土砂災害	非該当	作成

※ 市町村地域防災計画に位置付けられている要配慮者利用施設かどうかは、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。

※ ①が該当の場合は、②の作成及び市町村長への報告が義務付けられています。

(2) 非常災害対策計画に含まれる項目|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	避難場所	有	13	その他	有
7	避難経路	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	6200.23	㎡
----------	---------	---

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	中村 秀則

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	無
	免除有りの場合、その理由	
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	
	その他の具体的内容	
	設置予定時期(年月)	

※ 義務無しの場合、空欄にしてください。

※ 病院、診療所等の経過措置期間は平成37年6月末まで

④ 自動火災報知設備の設置

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	無
	免除有りの場合、その理由	
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	
	設置予定時期(年月)	

⑤ 火災通報装置の設置

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	無
	免除有りの場合、その理由	
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	
	設置予定時期(年月)	

(4) 消防機関の立入検査の状況(前年度) ※ 該当がない場合、空欄にしてください。

実施年月日	令和2年4月8日
指示内容	文書 なし
	口頭 なし

上記の改善措置		消防への報告年月日	
---------	--	-----------	--

(5) その他災害等への備え

① 停電時の対応

有 の 場 合	ア 自家発電装置の確保(リースを含む)	有	
	イ 備蓄燃料による稼働時間の把握	把握している	
	ウ 「イ」で把握している場合、その稼働時間	72	時間

※ 事業継続計画(BCP)とは  
災害発生により事業継続に必要な人・物・情報等が被害を受け、通常どおりの事業活動が続けられなくなった場合に残された能力で優先すべき業務に特化して業務を継続するために組織体制、事前対策、災害発生時の対応方法を定めておく計画です。

② 事業継続計画(BCP)の策定

ア 事業継続計画の策定状況	未策定(予定なし)											
イ 「ア」で「策定済み」「策定中」「策定予定」の場合、想定している災害(複数回答可)	火	災	地	震	風水害	津	波	火	山	土砂災害	その他	その他具体的に記載
ウ 「ア」で「策定中」「策定予定」の場合、策定予定時期(年月)												

③ 災害時の施設間避難協定

ア 施設間避難協定の締結状況	締結済み												
イ 「締結済み」の場合、締結した時期	平成26年3月												
ウ 「締結済み」「締結予定」の場合、締結先の数	90箇所												
エ 「締結済み」「締結予定」の場合、想定している災害(複数回答可)	火	災	地	震	風水害	津	波	火	山	土砂災害	その他	その他具体的に記載	
オ 「締結予定」の場合、締結予定時期	有		有		有		有		無		有	有	豪雪・放射性物質の大量の放出



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29年2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	無
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、身体の状態、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。