

奈良市所管施設の F A X 送付先 [0742-34-2621] 奈良市介護福祉課

※送信票不要ですので、太枠内をご記入の上、この点検票のみ送信してください

2/24 (金) までに
提出してください

非常災害対策計画の策定状況及び避難訓練の実施状況について [点検票]

	法人名及び担当者氏名	本票の問い合わせ先TEL
回答者		

施設又は事業所名	
----------	--

上記「施設又は事業所名」の点検対象施設の区分

<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護又は通所介護のいずれか (宿泊サービスを含む) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (病院又は診療所がみなし指定で行うものを含む) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅を含む)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	奈良県又は奈良市に 提出が必要な施設
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (予防) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (予防) (宿泊サービスを含む)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (予防) <input type="checkbox"/> 療養通所介護	市町村に提出が必要な施設 ※奈良市に提出してください

非常災害対策計画の策定	<input type="checkbox"/> 策定している <input type="checkbox"/> 策定していない ※改善指導の対象になります
(策定している場合記入) 下記の具体的な項目を網羅している	<input type="checkbox"/> 網羅している <input type="checkbox"/> 網羅していない ※改善指導の対象になります

非常災害対策計画の具体的な項目

- ・介護保険施設等の立地条件
- ・災害時の連絡先及び通信手段の確認
- ・避難場所
- ・災害時の人員体制、指揮系統
- ・災害に関する情報の入手方法
- ・避難を開始する時期、判断基準
- ・避難経路
- ・避難方法
- ・関係機関との連携体制

対水害・対土砂災害を含む地域の实情に応じた災害に係る避難訓練の実施	<input type="checkbox"/> H28.1以降に実施している <input type="checkbox"/> H28.1以降に実施していない
(H28.4以降未実施の場合記入) 今後の訓練の実施予定	<input type="checkbox"/> H29.3までに実施する (具体的な予定日) _____ <input type="checkbox"/> H29.3までに実施する予定はない ※改善指導の対象になります