

## 訓練実施結果報告書

施設名	特別養護老人ホーム ●●園			
電話番号	0276—●●—●●●●			
実施日時	令和3年5月1日 13時00分 から 16時00分 まで			
実施場所	施設敷地内			
想定災害 (該当する□にチェックをする。)	<input checked="" type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> その他の災害 ( )			
訓練種類・内容 (該当する□にチェックをする。)	<input type="checkbox"/> 図上訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達訓練		
	<input checked="" type="checkbox"/> 避難経路の確認訓練	<input type="checkbox"/> 水平避難(立退き避難)訓練		
	<input checked="" type="checkbox"/> 垂直避難訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち出し品の確認訓練		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	(訓練内容を適時自由記載) <ul style="list-style-type: none"> <li>・避難スペースの設置訓練を行った。</li> <li>・避難時に必要となる備蓄物資を倉庫内で確認した。</li> <li>・避難経路を確認した。</li> </ul>			
訓練参加者 ・参加人数	職員(全員・ <input type="checkbox"/> 一部)	10名		
	施設利用者(全員・ <input type="checkbox"/> 一部)	25名(例:児童、患者、入所・通所者等)		
	その他訓練参加者:消防団等	名		
	地域の協力者	名		
	その他	名		
訓練実施責任者	職 施設長	氏名 ●●●●		
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 避難支援に要した人数	8名	<input checked="" type="checkbox"/> 避難に要した時間	2時間00分
	<input checked="" type="checkbox"/> 避難先や避難経路の安全性			
	その他			
訓練によって確認された課題とその改善方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時は避難支援を担当する職員が出動できない可能性もあるなか、人員確保をどのように行うかが課題となったため、提携施設職員に依頼し人員の確保を行った。</li> <li>・要介護度が高い利用者の避難先までの移動方法が課題となったため、平時から介護タクシー数社に手配を依頼しておくこととした。</li> </ul>			
訓練記録作成者	職 副施設長	氏名 ●●●●		