

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 平成 30 年 4 月 27 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会		
法人所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
法令遵守責任者名	施設長 賀陽 龍司		
法人電話番号	01564-2-4632	法人ファックス番号	01564-2-4630
事業所名称	社会福祉法人上士幌福寿協会指定通所介護事業所		
事業所番号	0174700153		
事業所所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
事業所電話番号	01564-2-5111	事業所ファックス番号	01564-2-2772
電子メールアドレス	fukusen@kamishihoro.or.jp		
記入者	所属	職名	氏名
	指定通所介護事業所	主任生活相談員	塩澤 直美

2 従業員の職種・員数 (4.1現在)

	生活相談員 (※1・2)		看護職員 (※1)		介護職員 (※1)		機能訓練指導員 (※1・2)	
	専	従兼務	専	従兼務	専	従兼務	専	従兼務
常勤(人)	1	1	0	0	2	1	0	0
非常勤(人)	0	0	0	3	2	0	0	2
	管理栄養士		言語聴覚士		歯科衛生士			
	専	従兼務	専	従兼務	専	従兼務		
常勤(人)	0	0	0	0	0	0		
非常勤(人)	0	0	0	0	0	0		

※1 従業員の職種別必要員数

- ①生活相談員 提供日ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数を当該指定通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1人以上

※生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければなりません。

- ②看護職員 (看護師又は准看護師) ・単位ごとに専従1人以上
・以下のいずれの要件も満たしている場合についても、看護職員が確保されているものとします。

① 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が営業日ごとに健康状態の確認を行っていること。

② 病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護事業所が提供時間帯を通じて、密接かつ適切な連携が図られていること。

- ③介護職員 単位ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数を当該指定通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が、利用者が15人までは1人以上、15人を超える場合は15人を超える部分の数を5で除して得た数に1人を加えた数以上

※単位ごとに介護職員を常時1人以上当該指定通所介護に従事させなければなりません。

- ④機能訓練指導員 1人以上

※2 従業員の職種別資格要件

- (1)生活相談員 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号)第5条第2項に定める生活相談員に準じます。

- (2)機能訓練指導員 ①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士 ④看護職員 ⑤柔道整復師 ⑥あん摩マッサージ指圧師

3 (1) 利用者の状況(前年度)

4 月	実人員	57	10 月	実人員	49
	延利用数 ()	459		延利用数 ()	412
	一月間の利用者の数の平均	19		一月間の利用者の数の平均	16
5 月	実人員	58	11 月	実人員	45
	延利用数 ()	504		延利用数 ()	419
	一月間の利用者の数の平均	19		一月間の利用者の数の平均	17
6 月	実人員	57	12 月	実人員	49
	延利用数 ()	479		延利用数 ()	427
	一月間の利用者の数の平均	19		一月間の利用者の数の平均	17
7 月	実人員	55	1 月	実人員	48
	延利用数 ()	447		延利用数 ()	385
	一月間の利用者の数の平均	18		一月間の利用者の数の平均	16
8 月	実人員	51	2 月	実人員	44
	延利用数 ()	426		延利用数 ()	351
	一月間の利用者の数の平均	16		一月間の利用者の数の平均	15
9 月	実人員	49	3 月	実人員	47
	延利用数 ()	410		延利用数 ()	393
	一月間の利用者の数の平均	16		一月間の利用者の数の平均	15
			計	実人員	609
				延利用数 ()	5112

(2) 利用定員

25	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)。

4 通常の事業の実施地域以外で送迎を実施した地域及び人員(前年度)

なし

※ 運営規程で定める通常の事業の実施地域以外で、送迎を行った地域と実人員を記載してください。

5 苦情の状況(主な内容及び処理状況)【前年度苦情件数 0 件】

(苦情の内容)

(処理状況)

※ 前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記載してください。

6 介護サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
------------	---------------------------------------	----------------------------

① 宿泊サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
② 届出の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
③ 運営規程の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
④ 宿泊室	設置場所	利用定員	間仕切り
	食堂	()人	<input type="checkbox"/> 有 ()区画 <input type="checkbox"/> 無
	機能訓練指導室	()人	<input type="checkbox"/> 有 ()区画 <input type="checkbox"/> 無
	静養室	()人	<input type="checkbox"/> 有 ()区画 <input type="checkbox"/> 無
	その他()	()人	<input type="checkbox"/> 有 ()区画 <input type="checkbox"/> 無
	宿泊用個室	()室 ()人	
⑤ サービス内容	サービス提供日	<input type="checkbox"/> 通所介護の提供と同じ <input type="checkbox"/> 通所介護の提供と異なる	
		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	
	食事の提供の有無	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 無
⑥ 夜間体制	<input type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 宿直	<input type="checkbox"/> 無	

※ 宿泊サービスを実施している場合、防火安全対策について、宿泊業務が常態化し、「要介護状態区分が3～5の者」の割合が、当該施設の宿泊利用者全体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。

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。