

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 31 年 4 月 15 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	総合施設長 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	指定通所介護事業所	
職名	主任生活相談員		氏名 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)	0	3	0	0	0	3	0	0
非常勤(人)	0	0	0	1	3	0	0	1
	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 ⑦はり師 ⑧きゅう師

※⑦及び⑧は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導員に従事した経験を有する者に限る。

3 (1)利用者の状況(前年度)

4月	実人員	47	10月	実人員	44
	延利用数	(402)		延利用数	(387)
	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
5月	実人員	46	11月	実人員	45
	延利用数	(414)		延利用数	(369)
	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	14
6月	実人員	46	12月	実人員	44
	延利用数	(377)		延利用数	(365)
	一月間の利用者の数の平均	14		一月間の利用者の数の平均	15
7月	実人員	45	1月	実人員	44
	延利用数	(354)		延利用数	(354)
	一月間の利用者の数の平均	14		一月間の利用者の数の平均	15
8月	実人員	42	2月	実人員	43
	延利用数	(315)		延利用数	(352)
	一月間の利用者の数の平均	12		一月間の利用者の数の平均	15
9月	実人員	43	3月	実人員	45
	延利用数	(323)		延利用数	(381)
	一月間の利用者の数の平均	13		一月間の利用者の数の平均	16
	計			実人員	534
				延利用数	(4393)

(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。

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。濃い黄色の部分は一覧の中から選択してください。

施設名称	上士幌福祉協会指定通所介護事業所
サービス種別	通所介護

(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)	平成31年4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	実施	1	該当/非該当		
	イ 地震災害	対応	実施	1			
	施設等の地理的条件により策定が必要	ウ 風水害	非対応			a 洪水浸水想定区域(水防法)	未該当
		エ 土砂災害	非対応			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	
	オ 津波災害	非対応				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
	カ 火山災害	非対応				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
	キ その他	非対応				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 ()	未該当	
⑤ 夜間又は夜間想定訓練実施状況 ※4	夜間想定		⑥ 避難等訓練未実施の理由				

※1 火災、地震災害については、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の検討が必要です。

※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。

(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	避難難方	無
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	避難難場所	有	13	その他	有
7	避難経路	無			

※ 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	861.34	㎡
----------	--------	---

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	野口 貴弘

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
消防法施行令上の義務	義務有りの場合、免除の有無	無
	※ 義務無しの場合、空欄にしてください。	
	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)	

※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)	

※ 義務無しの場合、空欄にしてください。

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)	

※ 義務無しの場合、空欄にしてください。

(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	平成30年4月26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

ア 自家発電装置の確保(リースを含む)	無	
有の場合	イ 備蓄燃料による稼働時間の把握	
	ウ 「イ」で把握している場合、その稼働時間	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						
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
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	未締結						
イ 「締結済み」の場合、締結した時期							
ウ 「締結済み」「締結予定」の場合、締結先の数							
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
オ 「締結予定」の場合、締結予定時期							

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9年3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	無
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、身体状況、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。