

令和2年度 介護保険施設等現況報告書
 < 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 >

上士幌町長 あて

次の通り資料を添えて提出します。

所在地 上士幌町字上士幌東2線242番地

開設法人 名称 社会福祉法人上士幌福寿協会

代表者職氏名 理事長 山口 準二郎

作成年月日 令和2年4月28日

記入者	所属	地域密着型特別養護老人ホームこまくさ苑			
	職名	施設長	氏名	千葉 直人	
	連絡先	電話番号	01564-7-7020	ファックス番号	01564-7-7021

(添付資料)

- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(4月実績分)
重要事項説明書(変更後、提出していない場合のみ添付願います。)

1 事業所の概要

名称	地域密着型特別養護老人ホーム こまくさ苑				
事業所番号	第0194700522号				
所在地	河東郡上士幌町字上士幌東2線 242番地				
電話番号	01564-7-7020	ファックス番号	01564-7-7021		
電子メールアドレス	komakusa@kamishihoro.or.jp				
施設長	氏名	千葉 直人	就任年月日	令和2年 4月 1日	
	兼務の場合	生活相談員			
業務管理体制に係る法令遵守責任者氏名			理事長 山口 準二郎		

2 職員の状況（当該年度の4月1日時点の状況）

（単位：人）

	管理者		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤		1				1	5	1		1
非常勤				1			1			
常勤換算	0.5		0.25		0.5		6		1	

	栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		ユニットリーダー		計
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤				1		1	2		10.75人
非常勤					0.5		2		

ユニットケアリーダー研修受講者

（氏名：千葉直人・新村美樹）

*介護支援専門員の氏名と介護支援専門員証の有効期間

（氏名：河村 幸恵 介護支援専門員証有効期間：令和 5年 4月 12日）

（氏名： 介護支援専門員証有効期間：令和 年 月 日）

3 入所者の概要（当該年度の4月1日時点の入居者の概要）

(ア) 入居人数	（ 20 人） [男性（ 4 人） 女性（ 16 人）]		
(イ) 入居者の年齢	（平均 87.7 歳） [（最低 74 歳）（最高 97歳）]		
(ウ) 要介護度	要介護1（ 0 人）	要介護2（ 1 人）	要介護3（ 13 人）
	要介護4（ 6 人）	要介護5（ 0 人）	

4 要介護度別入居者の状況（前年度）

[単位：人]

	要介護度					計
	1	2	3	4	5	
4月	1	1	12	5	1	20
5月	1	1	11	6	1	20
6月	0	2	11	6	1	20
7月	0	1	12	6	1	20
8月	0	1	12	6	1	20
9月	0	1	12	6	1	20
10月	0	1	11	7	1	20
11月	0	1	11	7	1	20
12月	0	1	11	6	0	18
1月	0	1	13	6	0	20
2月	0	1	13	6	0	20
3月	0	1	13	6	0	20

注 各月の末日現在の入居者数を記入すること。

5 自己評価の実施状況

自己評価は年に1回実施しているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	直近の実施年月日	令和元年 10月
------------------	--	------------------------------	----------	----------

6 入所者等に対する施設処遇等の実施状況

食 事 時 間	朝 食	7 時 30 分	床ずれの状況	・入所前から (0) 人 ・入所後発症 (0) 人
	昼 食	12 時 00 分		
	夕 食	17 時 00 分		
入 浴 の 実 施 状 況				
・一般入浴（入居者一人当たり） 1 週 2 回 対象者数： 20 名 入浴日： 毎日 9 時～ 16 時			当日入浴できない場合の処遇状況 <input type="checkbox"/> 当日は全身清拭を行っている <input checked="" type="checkbox"/> 可能となった時に入浴を行っている <input type="checkbox"/> 可能となった時に全身清拭を行っている <input type="checkbox"/> 次の入浴日まで入浴等は行わない	
・特殊入浴（入居者一人当たり） 週 回 対象者数： 0 名 入浴日： 曜日 時～ 時				
ポータブル使用者数				

7 身体拘束の状況

身体拘束や入居者の行動を制限する行為（身体拘束等）が行われている入居者がいるか。	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
（はいの場合） ・身体拘束等の具体的内容 （ ）	拘束している 入所者の人数 (0) 人
・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急止むを得ない理由を記録しているか。 * 記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」などを参考として適切な記録を作成し保存してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし はい <input type="checkbox"/> いいえ
・身体拘束を行う場合には、「身体拘束廃止委員会」などを設置し、事業所全体で身体拘束廃止に取り組むとともに改善計画を作成しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

8 苦情の状況

(7) 前年度苦情件数	(0) 件
(苦情の内容)	(処理状況)

注 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入してください。

9 事故等の発生状況

(7) 前年度事故発生件数	(2) 件	(4) 前年度ヒヤリハット発生件数	() 件
---------------	---------	-------------------	-------

10 非常災害対策の状況

(ア) 消防計画を作成しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	作成日	平成 28年 6月 1日
(イ) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(ウ) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(エ) 日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような連携体制の整備がされているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(オ) 前年度避難訓練の実施日	① 令和 元年 7月 20日	② 令和	年 月 日
(カ) 防火管理責任者	氏名 賀陽 龍司	職種	事務局長
(キ) 「防火管理に係る自己点検表」の直近の実施日			令和 元年 7月20日

11 運営推進会議の状況

前年度の開催状況	開催回数 (6) 回	会議録等の公表 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	開催月日 4月24日 6月21日 8月4日 9月17日 11月5日 2月20日	

注 前年度一年間での開催回数及び開催した月日全てを記入すること。

12 地域との連携

(ア) 前年度における運営推進会議の開催状況	開催回数 6 回 (上記の内、市又は地域包括支援センター職員が参加した回数 4 回) 実施年月日※全て記入すること。 (4月24日 11月5日 6月21日 2月20日 8月4日 9月17日)
(イ) 地域住民、町内会、ボランティア等との連携状況について	町内会と合同の避難訓練の実施。 地域食堂の実施。 ボランティアの受け入れなど

13 職員研修の実施状況

一回あたりの研修期間、日数等	研修内容	講師等	参加職種	参加人数
<内部研修>				
5月10日	ケアプランについて	ユニットリーダー	介護士、看護師	10名
6月7日	認知症について	生活相談員	介護士、看護師	10名
7月12日	ストレスについて	ユニットリーダー	介護士、看護師	10名
8月8日	社会人としてのマナー	理事長	介護士、看護師	11名
11月5日	ハラスメントについて	生活相談員	介護士、看護師	12名
12月6日	嚥下障害について	管理者	介護士、看護師	12名
2月7日	看取りについて	生活相談員	介護士、看護師	11名
3月11日	地域の理解について	ユニットリーダー	介護士、看護師	10名
<外部研修>				

* 記入欄が足りない場合には、適宜追加してください。(任意様式での添付も可)

14 前年度中における職員の異動について

離職者	3人	採用者	2人
法人内異動(出)	0人	法人内異動(入)	0人

この報告書は介護保険法第23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。