

令和2年度 介護保険施設等現況報告書

〈(介護予防) 小規模多機能型居宅介護〉

上士幌町長 あて

次のとおり資料を添えて提出します。

所在地 河東郡上士幌町字上士幌東2線242

開設法人 法人名 社会福祉法人 上士幌福寿協会

代表者職氏名 山口 準二郎

作成年月日 令和2年 4月28日

記 入 者	所 属	小規模多機能型居宅介護まつば			
	職 名	管理責任者	氏 名	馬場 佑太	
	連絡先	電話番号	01564-7-7022	ファックス番号	01564-7-7021
(添付資料)					
<input checked="" type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (4月実績分) <input type="checkbox"/> 重要事項等説明書 (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	小規模多機能型居宅介護まつば			
事業所番号	0194700522			
所 在 地	河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地			
電 話 番 号	01564-7-7022	ファックス番号	01564-7-7021	
電子メールアドレス	matsuba@kamishihoro.or.jp			
定 員	登録定員	通い利用定員	泊まり利用定員	
	24人	12人	6人	
営 業 時 間	通いサービス	(9:00 ~ 17:00)		
	泊まりサービス	(17:00 ~ 9:00)		

2 事業者の代表者

氏 名	千葉 直人	役 職 名	施設長	
認知症介護に 関する研修の 受講歴	・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
	・ 認知症 (痴呆) 介護実務者研修 (基礎課程又は専門課程)	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
	・ 認知症介護実践研修 (実践者研修又は実践リーダー研修)	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
	・ 認知症介護指導者養成研修	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
	・ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
	・ 認知症対応型サービス事業開設者研修	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	

注 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

3 職員の概要

管 理 者	氏 名	馬場 佑太	就任年月日	平成 28年12月 1日	
	研 修 受 講	認知症高齢者グループホーム管理者研修	<input type="checkbox"/> 受講済	<input checked="" type="checkbox"/> 未受講	
		認知症 (痴呆) 介護実務者研修 (基礎課程)	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
		認知症対応型サービス事業管理者研修	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
		認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	

		上記の研修のほかに受講した研修名 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修) (認知症介護実践研修(実践者研修))		
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 専従 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務職種:介護支援専門員 介護員)		
	他の事業所で兼務している場合の事業所名と職種	事業所名() 職種()		
介護支援専門員	氏名	馬場 佑太	就任年月日	令和 2年 4月 1日
	研修受講	認知症 高齢者グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講		
		認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講		
		認知症対応型サービス事業管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講		
		認知症介護実践研修(実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講		
		上記の研修のほかに受講した研修名 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修) ()		
	介護支援専門員資格	登録年月日	平成 29年 3月 10日	有効期限日
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤・専従、 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤・兼務、 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従、 <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務			
兼務の場合 兼務職種	管理者 介護員			
介護従業者	人数	・常勤(専従 4)人(兼務 1)人 ・非常勤(専従 3)人(兼務)人		
	常勤換算	※夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯で通いサービス提供に係る分を算出すること 事業所の常勤職員1週間当たりの勤務時間(a 40)時間 介護従業者の1週間の勤務延時間数(b)時間 $(b \div 184) \text{時間} \div (a \div 40) \text{時間} = \text{常勤換算数} (4.6) \text{人}$		
	資格	看護師 (1)人 准看護師 ()人 介護福祉士 (5)人 その他 (2)人		
	研修受講	認知症介護に関する研修の受講歴 ※専従職員に係る分のみ記入すること。 ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済者 (2)人 ・ " (実践リーダー研修) 受講済者 ()人 ・認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程) 受講済者 ()人 ・上記の研修のほかに受講した研修名 (認知症対応型サービス事業管理者研修) 受講済者 (2)人 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修) 受講済者 (1)人		

注1 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

2 「就任年月日」欄は、管理者、介護支援専門員に就任(配置)した年月日を記入すること。

4 登録者の概要

登録人数 (19)人	うち 男性 (7)人、女性 (12)人	
要支援1 (0)人	要支援2 (0)人	
要介護1 (7)人	要介護2 (2)人	要介護3 (9)人
要介護4 (1)人	要介護5 (0)人	
年齢(平均85.3)歳	(最低 66)歳 (最高 96)歳	

注1 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

2 平均年齢は、小数点以下第2位を切り捨てて記入すること。

5 利用者の概要 (前年度)

	月末登録者数	通いサービス回数	宿泊サービス回数	合計
4月	24人	358回	171回	529回
5月	22人	367回	156回	523回
6月	22人	352回	122回	474回
7月	22人	370回	138回	508回
8月	21人	336回	99回	435回
9月	21人	345回	107回	452回
10月	21人	360回	105回	465回
11月	22人	343回	104回	447回
12月	23人	367回	151回	518回
1月	22人	367回	117回	484回
2月	21人	345回	116回	461回
3月	19人	372回	151回	523回
計	260人	4282回	1537回	5819回

* 通いサービス：1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合は、複数回の算定をします。

* 宿泊サービス：1泊を1回として算定します。ただし、通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合は、それぞれを1回とし、計2回として算定します。

6 サービス提供回数

通いサービス (346) 回	・ 同一の利用者が1日に複数回サービス利用した場合、それぞれを1回として算定すること。
訪問サービス (124) 回	・ 1回の訪問を1回として算定すること。
泊りサービス (280) 回	・ 1泊を1回として算定すること。

注 4月1日から30日までの1ヶ月間に利用者へ実際に提供したサービスの合計回数を記入すること。

7 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の状況

前年度の開催状況	開催回数 (12) 回	従業者への周知 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	開催月日 4月16日、5月21日、6月18日、7月16日、8月20日、9月17日 10月15日、11月19日、12月17日、1月21日、2月18日、3月18日	

注 前年度一年間の開催回数及び開催した月日全てを記入すること。

8 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)

注 前年度に受けた利用者等からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

9 事故等の発生状況

前年度事故発生件数	(0) 件	前年度ヒヤリハット発生件数	(3) 件
-----------	---------	---------------	---------

10 防火管理者等（消防法等による規定）及び非常災害計画等の策定状況

防火管理者氏名	賀陽 龍司		防火管理者講習	■受講済 □未受講
避難訓練	①	令和元年 7月 20日	(地域住民の参加 ■有 □無)	
	②	年 月 日	(地域住民の参加 □有 □無)	
非常災害計画等	策定状況	■策定済 □未策定		
	未策定の場合	□令和 年 月頃策定予定 □策定期未定		

注 「避難訓練」欄は、前年度の実施年月日を記入すること。

11 介護サービスの質の評価の実施状況

(1) 自己評価

自己評価の実施の有無	■有 □無	直近の実施時期	令和 1年 11月 20日
評価結果の公開方法	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書に添付し利用申込者に説明 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所内の見やすい場所へ掲示 □利用者・家族へ交付 <input type="checkbox"/> 自らが設置するホームページ上に掲示 <input type="checkbox"/> 指定を受けている市町村へ提出 □運営推進会議で説明 <input type="checkbox"/> その他 ()		

(2) 外部評価

外部評価の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 ■無 □免除	直近の評価確定日	令和 年 月 日
評価結果の公開方法	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書に添付し利用申込者に説明 <input type="checkbox"/> 事業所内の見やすい場所へ掲示 □利用者・家族へ交付 <input type="checkbox"/> 自らが設置するホームページ上に掲示 <input type="checkbox"/> 指定を受けている市町村へ提出 □運営推進会議で説明 <input type="checkbox"/> その他 ()		

注 自己評価及び外部評価の実施状況、及び評価結果の公開方法を記入すること。

12 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	■実施 □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。

13 家族との関わり、地域との連携状況

地域住民、町内会、ボランティア等との連携状況	近隣の地域住民や民生委員と連携をとりながら利用者支援にあたっている。		
利用者家族会等の有無	□有 ■無		

14 職員研修の実施状況

1回当たりの研修期間 、日数等	研修内容	講師等	参加職種	参加人数
<内部研修>				
5月20日	「尊厳とは」	まつば職員	介護職員	8名
8月19日	「受容と共感について」	〃	看護師	8名
12月19日	「嚥下障害について」	〃	ケアマネージャー	8名
5月10日	ケアプランについて	ユニットリーダー		10名
6月7日	認知症について	生活相談員		10名
7月12日	ストレスについて	ユニットリーダー		10名
8月8日	社会人としてのマナー	理事長		11名
11月5日	ハラスメントについて	生活相談員		12名
12月6日	嚥下障害障害について	管理者		12名
2月7日	看取りについて	生活相談員		11名
3月11日	地域の理解について	ユニットリーダー		10名
<外部研修>				

注1 記入欄が不足する場合は、適宜追加し記入すること。(任意様式の添付可)

2 同内容の研修は、まとめて記載することも可とする。

15 前年度中における職員の異動について

離職者	0人	採用者	0人
法人内異動(出)	2人	法人内異動(入)	1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。