

令和4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4年4月20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194700522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	平成2年4月1日
	兼務の場合	兼務先名称：認知症対応型グループホームむかし館 小規模多機能型居宅介護まつば 職種：上記施設管理者 地域密着型特別養護老人ホームこまくさ苑 生活相談員		
業務管理体制に係る法令遵守責任者氏名			常務理事 賀陽 龍司	

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	6	1		1
非 常 勤				1			2			
常 勤 換 算	0.5		0.1		0.5		7.3		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	9.3人
非 常 勤									

ユニットケアリーダー研修受講者

（氏名：新村美樹 ・ 千葉直人 ）

* 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 90.85歳） [（最低 76歳）（最高 99歳）]
(ウ) 要介護度	要介護1（ 人 ） 要介護2（ 1人 ） 要介護3（ 8人 ） 要介護4（ 9人 ） 要介護5（ 2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		9	9	1	20
5月	1		9	9	1	20
6月		1	10	7	2	20
7月		1	10	7	2	20
8月		1	10	7	2	20
9月		1	10	7	2	20
10月		1	10	7	2	20
11月		1	8	8	2	19
12月		1	8	8	2	19
1月		1	9	8	2	20
2月		1	9	8	2	20
3月		1	9	8	2	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	はい	いいえ	直近の実施年月日	令和 3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） 週 2回 対象者数： 20名 入浴日： 曜日 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： 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	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 () 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。	はい	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。	はい	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	(1) 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。	はい	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。	はい	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。	はい	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。	はい	いいえ		
(オ) 前年度避難訓練の実施日	① コロナウイルス感染予防のため未実施		② 令和 4年 2月 21日 図上訓練にて実施	
(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 年 月 日

11 運営推進会議の状況

前年度の開催状況	開催回数 (4) 回	会議録等の公表	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	開催月日	R3. 4. 23 R3. 6. 28 R3. 11. 16 R4. 2. 22		

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	4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)	3回
	実施年月日※全て記入すること。	
	(令和 3年 4月 23日 令和 3年 6月 28日 令和 3年 11月 16日 令和 4年 2月 22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	ボランティア1名受け入れ (掃除、利用者との関わり、リネン交換等)	

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>				
7月 6日	接遇について	ユニットリーダー	介護員・看護師	8名
10月 12日	高齢者虐待・身体拘束について	ユニットリーダー	介護員・看護師	6名
11月 9日	感染症予防について (ガウンテクニック)	看護師	介護員・看護師	5名
12月 8日	看取りについて	ユニットリーダー	介護員・看護師	6名
2月 8日	認知症について	ユニットリーダー	介護員・看護師	5名
3月 8日	高齢者虐待・身体拘束について (スピーチロック)	ユニットリーダー	介護員・看護師	6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	2 人	採用者	3 人
法人内異動（出）	1 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。