

令和2年度 介護保険施設等現況報告書  
< (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 >

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 上士幌町字上士幌東2線242番地

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 理事長 山口 準二郎

作成年月日 令和 年 月 日

記入者	所属	認知症高齢者グループホームむかし館・むかし館くつろぎ			
	職名	施設長	氏名	千葉 直人	
	連絡先	電話番号	01564-2-2533	ファックス番号	01564-2-2533
(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

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	名称	認知症高齢者グループホームむかし館・むかし館くつろぎ			
	事業所番号	第0174700153			
	所在地	河東郡上士幌町字上士幌東3線241番地			
	電話番号	01564-2-2533	ファックス番号	01564-2-2533	
	電子メールアドレス	ghmukashikan@kamishihoro.or.jp			
	共同生活住居数	2戸	1ユニット	2ユニット	
	入居定員	18人	9人	9人	

注1 「共同生活住居数」欄は、事業所のユニット数を記入すること。

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 (複数のユニットがある場合には、ユニット毎に作成すること。)

		1ユニット	2ユニット
		ユニット名 むかし館	ユニット名 むかし館くつろぎ
管理者	氏名	萱森 理恵	萱森 理恵
	就任年月日	平成 27年 4月 1日	平成 27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 type="checkbox"/> 未受講	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 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(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 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 checked="" 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 (認知症介護実践研修(実践者研修)) ( )	上記の研修のほかに受講した研修名 (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	<input type="checkbox"/> 専従 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務
当該事業所で兼務している場合の兼務職種	介護員	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 ( )	事業所名 ( ) 職種 ( )	
計画作成担当者	氏名	坂田 恵美子	伊豆倉 京美
	就任年月日	平成 24年 10月 1日	平成 27年 9月 1日
	研修受講	認知症介護実践研修(実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講	認知症介護実践研修(実践者研修) <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	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
		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(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
		上記の研修のほかに受講した研修名 ( ) ( )	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) ( )
	介護支援専門員資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	登録年月日	平成 23年 3月 15日	平成 年 月 日
有効期限日	令和 3年 6月 14日	令和 年 月 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	<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	
兼務職種	介護員	介護員	

注 1 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

注 2 「就任年月日」欄は、雇用年月日ではなく、管理者又は計画作成担当者として配置となった年月日を記入すること。

介護従業者	人数	・常勤（専従 10名）人（兼務 3名）人 ・非常勤（専従 3名）人（兼務 0名）人
	常勤換算	※夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯で算出すること  事業所の常勤職員 1週間当たりの勤務時間（a 432）時間 介護従業者の1週間の勤務延時間数（b 40）時間 ※2ユニットの事業所における「介護従業者の1週間の勤務延時間数」欄は、2ユニットの合計時間数を記入すること （b 432）時間 ÷ （a 40）時間 = 常勤換算数（10.8）人
	資格	看護師（0）人 准看護師（0）人 介護福祉士（6）人 その他（8）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（ ）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  （ ）受講済者（ ）人 （ ）受講済者（ ）人

注 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

#### 4 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（18）人 [うち男性（6）人女性（12）人]
	要支援2（0）人 要介護1（5）人 要介護2（4）人
	要介護3（5）人 要介護4（3）人 要介護5（1）人
	年齢（平均 91.1）歳（最低 71）歳（最高98）歳

注1 当該年度の4月1日現在の人数を記入すること。

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 要介護度別入居者の状況（前年度）

[単位：人]

	要支援 2	要介護度					計
		1	2	3	4	5	
4月	0	6	5	4	1	2	18
5月	0	5	5	4	1	2	17
6月	0	4	5	5	1	2	17
7月	0	5	5	5	1	2	18
8月	0	5	5	5	1	2	18
9月	0	5	3	6	2	1	17
10月	0	4	4	7	2	1	18
11月	0	4	4	7	2	1	18
12月	0	4	4	7	2	1	18
1月	0	5	4	6	2	1	18
2月	0	5	5	4	3	1	18
3月	0	5	5	4	3	1	18

注 各月の末日現在の入居者数を記入すること。

#### 6 待機者の状況

待機者数（23）人 [うち男性（6）人女性（17）人]
-----------------------------

注 当該年度の4月1日現在の人数を記入すること。

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	( 2 ) 件	前年度ヒヤリハット発生件数	( ) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
避難訓練	① 令和元年 7月 20日	(地域住民の参加 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
	② 令和 年 月 日	(地域住民の参加 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
非常災害計画等	策定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 策定済 <input type="checkbox"/> 未策定	
	未策定の場合	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃策定予定 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	直近の実施時期	令和 2年 2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 checked="" type="checkbox"/> 事業所内の見やすい場所へ掲示 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている市町村へ提出 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免除	直近の評価確定日	平成 31年 3月 29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 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている市町村へ提出 <input type="checkbox"/> 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 <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	地域食堂の実施 町内会と合同避難訓練の実施 ボランティアの受け入れ
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

### 14 職員研修の実施状況（前年度の状況）

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>	サービス担当者会議までの流れ	主任	看護師・介護員	10名
	ストレスにつて	リーダー	看護師・介護員	11名
	認知症について	リーダー	看護師・介護員	12名
	社会人として	理事長	看護師・介護員	12名
	利用者対応について	主任	看護師・介護員	12名
	身体拘束について	リーダー	看護師・介護員	12名
ハラスメントについて	課長	看護師・介護員	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。（任意様式の添付も可）

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	1人	採用者	人
法人内異動（出）	人	法人内異動（入）	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。