

令和6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 河東郡上士幌町字上士幌東3線241番地  
開設法人 法人名 上士幌福寿協会 認知症高齢者グループホームむかし館  
代表者職氏名 山口 準二郎

作成年月日 令和6年4月12日

記入者	所属	認知症高齢者グループホームむかし館くつろぎ			
	職名	副管理者	氏名	萱森 里恵	
	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・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	18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	萱森 里恵	役職名	副管理者
認知症介護に関する研修の受講歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修</li> <li>・ 認知症 (痴呆) 介護実務者研修 (基礎課程又は専門課程)</li> <li>・ 認知症介護実践研修 (実践者研修又は実践リーダー研修)</li> <li>・ 認知症介護指導者養成研修</li> <li>・ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修</li> <li>・ 認知症対応型サービス事業開設者研修</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講	

注 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 くつろぎ	
管理者	氏名	萱森 里恵	萱森 里恵	
	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(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	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 ( ) ( )	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 ( ) ( )
	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				
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	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 ( ) ( )	上記の研修のほかに受講した研修名 ( ) ( )
	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24年 10月 1日	年 月 日	
	有効期限日	令和 8年 6月 14日	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 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 9）人（兼務 3）人 ・非常勤（専従 5）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 570）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 570）欄÷（a 40）欄＝常勤換算数（1.4）人
	資格	看護師（ ）人 准看護師（ ）人 介護福祉士（ 9）人 その他（ ）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（ 1）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 4月1日現在の状況を記入すること。

## 4 預り金の出納管理の状況

責任者及び補助者が選定され、利用者ごとに印鑑と通帳・現金が別々に保管されているか	印鑑については本部で保管 通帳・現金は事業所で保管
適切な支出管理が行われていることを、複数のものが常に確認しているか	定期的に内部監査にて確認している
入所者等との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳など必要な書類等が備えられているか	同意書にて同意を得ている。 出納長は個人ごとに記載されている。

注1 法令で定められている利用料以外に利用者から徴収している費用について記入すること。

2 償却とは、入居に際して支払う費用を、事業者が決めた割合で消費される事を言い、敷金とは取扱いが別である。

3 老人福祉法一部改正により平成24年4月1日から権利金その他の金品を受領してはならないとされている。（経過措置あり）

## 5 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（ 11）人〕
	要支援2（ 0 ）人 要介護1（ 6 ）人 要介護2（ 2 ）人 要介護3（ 8 ）人 要介護4（ 1 ）人 要介護5（ 1 ）人
	年齢（平均）89.5歳（最低 74 ）歳（最高 96 ）歳

注1 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。

## 6 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	1	6	3	6	1	0	17
5月	1	6	4	6	1	0	18
6月	1	7	4	5	1	0	18
7月	1	7	4	5	1	0	18
8月	1	6	5	4	1	0	17

9月	2	9	4	2	1	0	18
10月	1	9	4	2	1	0	17
11月	1	10	4	2	1	0	18
12月	1	9	5	2	1	0	18
1月	1	9	5	2	1	0	18
2月	1	9	5	2	1	0	18
3月	1	9	5	2	1	0	18

注 各月の末日現在の入居者数を記入すること。

## 7 待機者の状況

待機者数 ( 37 ) 人 [うち男性 ( 11 ) 人 女性 ( 26 ) 人]
-------------------------------------------

注 4月1日現在の人数を記入すること。

## 8 建物の概要

建物形態	■単独型 ■その他
広 さ	敷地面積 (11514.85) m <sup>2</sup> 延床面積 (411.379) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 (14.175) m <sup>2</sup> ~ (30.25) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 ■無

注 「延床面積」欄は、当該サービスを実施する事業所の延床面積を記入すること。

## 9 運営推進会議の状況

前年度の開催状況	開催回数 ( 5 ) 回	会議録等の公表 ■実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	開催月日 4/21、6/20、8/4、9/19、2/26	

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。

## 10 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	新型コロナウイルス感染予防のため無し
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 ■無

## 11 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。

## 12 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
-----------	---------	---------------	-------

## 13 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 <input type="checkbox"/> 無	直近の実施時期	令和5年2月2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	令和6年3月6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。

#### 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
<b>&lt;内部研修&gt;</b>				
6月16日	高齢者虐待・身体拘束について	ユニットリーダー	介護士	9名
8月10日	認知症について	ユニットリーダー	介護士	8名
10月10日	感染症予防について (ガウンテクニック)	ユニットリーダー 看護師	介護士	11名
3月12日	高齢者虐待・身体拘束について (グループワーク)	ユニットリーダー	介護士	10名
<b>&lt;法人研修&gt;</b>				
5月22日	医療・介護連携推進フォーラム(看取り)	外部講師	介護士	9名
7月18日	ハラスメント	外部講師	介護士	8名
10月17日	コンプライアンス	外部講師	介護士	8名
2月9日	メンタルヘルス	外部講師	介護士	8名

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し、参加人数は延べ人数を記載すること。

#### 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)	1人	法人内異動(入)	人

#### 17 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5年8月9日 (地域住民の参加 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) ② 令和5年12月23日 (地域住民の参加 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)		
非常災害計画等	策定状況	<input type="checkbox"/> 策定済 <input checked="" type="checkbox"/> 未策定	
	未策定の場合	<input type="checkbox"/> 年 月頃策定予定 <input checked="" type="checkbox"/> 策定期未定	

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

注 1 「避難訓練」欄は、前年度の実施年月日を記入すること。

2 非常災害計画等については平成 23 年 9 月 9 日付の事務連絡「社会福祉施設等における防火対策について」で取り組み依頼していたもの。

### 18 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 ( 1 2 ) 回	従業者への周知	■実施	□未実施
	開催月日	4/3, 4 5/1, 8 6/5, 6 7/3, 4 8/7, 8 9/4, 5 10/2, 3 11/6, 7 12/4, 5 1/9, 10 2/5, 6 3/4, 5		

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。

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。