

令和4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 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4年 4月20日

記入者	所属	小規模多機能型居宅介護まつば			
	職名	管理者	氏名	千葉 直人	
	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	01564-7-7022
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)		
同一敷地内にある他の事業所等	地域密着型特別養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・指定短期入所生活介護事業所・居宅介護支援事業所・指定通所介護事業所・指定訪問介護事業所・認知症対応型グループホーム		
事業所と同一建物に所在する住居(種類)		事業所と同一建物に居住する人数	

注1 「同一敷地内にある他の事業所等」欄は、同一敷地内にある居宅介護サービス事業所(介護予防サービス事業所を含む。)、地域密着型サービス事業所(地域密着型介護予防サービス事業所を含む。)、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、社会福祉施設、保健医療施設等の名称を記入すること。

2 「事業所と同一建物に所在する住居(種類)」欄は、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅、下宿等の種類を記入すること。また、同一建物とは、構造上又は外形上一体的な建築物であり、管理運営が別法人であっても該当。

2 事業者の代表者

氏名	千葉 直人	役職名	管理者
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	千葉 直人	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	■受講済 □未受講		
		認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）	□受講済 □未受講		
		認知症対応型サービス事業管理者研修	□受講済 □未受講		
		認知症介護実践研修（実践リーダー研修）	□受講済 □未受講		
		上記の研修のほかに受講した研修名 () ()			
	勤務形態	□専従 ■兼務（兼務職種：施設長・生活相談員）			
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（こまくさ苑）（むかし館） 職種（施設長・生活相談員）（管理者）				
介護支援専門員	氏名	坂田 恵美子	就任年月日	令和 3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	□受講済 ■未受講		
		認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）	□受講済 ■未受講		
		認知症対応型サービス事業管理者研修	□受講済 ■未受講		
		認知症介護実践研修（実践リーダー研修）	□受講済 ■未受講		
		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	登録年月日	平成23年 3月 15日		
	有効期限日	令和 8年 6月 14日			
勤務形態	□常勤・専従、■常勤・兼務、□非常勤・専従、□非常勤・兼務				
兼務の場合 兼務職種	むかし館 介護職員				
介護従業者	人数	・常勤（専従 4）人（兼務 1）人 ・非常勤（専従 1）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 146）時間 （b 146）時間÷（a 40）時間＝常勤換算数（3.65）人			
	資格	看護師（ ）人 准看護師（1）人 介護福祉士（4）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（ ）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 建物の概要

建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> その他
広 さ	敷地面積 (3,790.36) m ² 延床面積 (387.93) m ² 居間及び食堂の合計面積 (97.2) m ²

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。

5 登録者の概要

登録人数 (14) 人	うち 男性 (6) 人、女性 (8) 人
要支援 1 (1) 人	要支援 2 () 人
要介護 1 (10) 人	要介護 2 () 人 要介護 3 (3) 人
要介護 4 () 人	要介護 5 () 人
年齢 (平均 83.2) 歳	(最低 68) 歳 (最高 98) 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。

6 要介護度別 登録者の状況 (前年度)

[単位:人]

	登録者数							計
	要支援		要介護度					
	1	2	1	2	3	4	5	
4月	2	0	9	1	5	0	1	18
5月	2	0	11	1	5	0	1	20
6月	2	0	11	1	5	0	1	20
7月	2	0	11	1	4	0	0	18
8月	2	0	11	1	4	0	0	18
9月	2	0	11	0	5	0	0	18
10月	2	0	11	0	5	0	0	18
11月	2	0	11	0	5	0	0	16
12月	2	0	11	0	3	0	0	16
1月	2	0	10	0	3	0	0	15
2月	1	0	10	0	3	0	0	14
3月	1	0	10	0	3	0	0	14

注 「登録者数」欄は各月末日時点の登録者数を記入すること。

7 泊りサービス利用状況 (前年度)

[単位:人]

	利用者数							計	長期利用
	要支援		要介護度						
	1	2	1	2	3	4	5		
4月			1	1	1	0	1	4	4
5月			1	1	1	0	1	4	4
6月			1	1	1	0	0	3	3
7月			1	1	0	0	0	2	2
8月			1	1	0	0	0	2	2
9月			1		2	0	0	3	2
10月			1		1	0	0	2	2
11月			1		1	0	0	2	2
12月			2		0	0	0	2	1
1月			2		0	0	0	2	1
2月			1		1	0	0	2	2
3月			1		1	0	0	2	2

注 1 「利用者数」欄は各月ごとの泊りサービス利用実人数を記入すること。

2 「長期利用」欄は、30日以上連続して泊まりサービス利用を行った実人数を記入すること。

8 サービス提供回数

通いサービス () 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 () 回	・1回の訪問を1回として算定すること。
泊りサービス (60) 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。

9 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。

10 事故等の発生状況

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

11 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3年 9月 14日	(地域住民の参加	□有 ■無)
	②	令和3年 2月 21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	□ 年 月頃策定予定 □策定期未定		

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。

12 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	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 <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 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	□有 ■無 □免除	直近の評価確定日	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 <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 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。

13 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>				
7月6日	接遇について	ユニットリーダー	介護士	2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	介護士	2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	介護士	2名
12月8日	看取りについて	ユニットリーダー	介護士	1名
2月8日	認知症について	ユニットリーダー	介護士	2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	介護士	2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。

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。

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	0人
法人内異動(出)	1人	法人内異動(入)	3人

15 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 type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	開催月日 4月23日・6月26日・11月16日・2月22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。

16 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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

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。