

# 令和6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番地  
 開設法人 法人名 社会福祉法人上士幌福寿協会  
 小規模多機能型居宅介護まつば  
 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	所 属	小規模多機能型居宅介護まつば			
入 者	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	matuba@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、居宅介護支援事業所、通所介護事業所、訪問介護事業所、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 ( )			
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） 職種（施設長・生活相談員） （むかし館・くつろぎ）（管理者）				
介護支援専門員	氏名	伊藤 美穂	就任年月日	令和5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	令和4年9月16日		
	有効期限日	令和10年4月19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	介護員				
介護従業者	人数	・常勤（専従 3 ）人 兼務（ 2 ）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 186）時間 （b 186）時間÷（a 40）時間＝常勤換算数（4.65）人			
	資格	看護師（ ）人 准看護師（ 1 ）人 介護福祉士（ 5 ）人 その他（ 1 ）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（ 1 ）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 checked="" type="checkbox"/> その他
広 さ	敷地面積 (3,790.36) m <sup>2</sup> 延床面積 (387.93) m <sup>2</sup> 居間及び食堂の合計面積 ( ) m <sup>2</sup>

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 ( 12 ) 人	うち 男性 (3) 人、女性 (9) 人	
要支援1 ( ) 人	要支援2 ( ) 人	
要介護1 ( 7 ) 人	要介護2 ( 3 ) 人	要介護3 ( 1 ) 人
要介護4 ( 1 ) 人	要介護5 ( ) 人	
年齢 (平均 86.2) 歳	(最低 71 ) 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。

## 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	0	1	9	0	2	0	0	12
5月	0	1	8	1	2	0	0	12
6月	0	1	8	1	3	0	0	13
7月	0	1	9	2	2	1	0	15
8月	0	1	9	2	2	1	0	15
9月	0	1	9	2	2	1	0	15
10月	0	1	7	3	2	2	0	15
11月	0	1	7	3	2	2	0	15
12月	0	1	6	3	2	1	0	13
1月	0	1	5	4	2	1	0	13
2月	0	0	7	4	2	1	0	14
3月	0	0	7	3	2	1	0	13

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						
	1	2	1	2	3	4	5		
4月	0	0	2	0	1	0	0	3	1
5月	0	0	2	0	1	0	0	3	1
6月	0	0	1	0	1	0	0	2	0
7月	0	0	0	1	0	1	0	2	0
8月	0	0	0	2	0	1	0	3	0
9月	0	0	0	2	0	1	0	3	0
10月	0	1	1	1	0	1	0	4	0
11月	0	1	0	2	0	1	0	4	2
12月	0	0	3	2	0	1	0	6	2
1月	0	0	2	3	0	0	0	5	3
2月	0	0	2	2	0	0	0	4	3
3月	0	0	4	1	0	0	0	5	2

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護

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 ( 2 3 4 ) 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 ( 2 9 9 ) 回	・1回の訪問を1回として算定すること。
泊りサービス ( 4 1 ) 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5年 8月 18日	(地域住民の参加	□有 ■無 )
	②	令和5年 12月 23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 □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	□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 □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。

## 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
<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 認知症について	ユニットリーダー	介護士・看護師	2名
8月10日		ユニットリーダー		3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・看護師	3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・看護師	3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・看護師	3名
7月18日	ハラスメント	外部講師	介護士・看護師	4名
10月17日	コンプライアンス	外部講師	介護士・看護師	2名
2月9日	メンタルヘルス	外部講師	介護士・看護師	3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	0人	採用者	0人
法人内異動(出)	1人	法人内異動(入)	1人

## 15 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。