

介護保険施設等現況報告書(介護老人福祉施設)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 介護老人福祉施設の概要

施設名称	特別養護老人ホーム くりのさと	事業所番号	175800093
施設所在地	夕張郡栗山町字湯地91番20	記入者	所属 業務課
電話番号	0123-72-6167		職名 業務課長
ファックス番号	0123-72-6168		氏名 渡部 勇樹
電子メールアドレス	kuriwatanabe@friend.ocn.ne.jp		記入日 平成29年4月20日
設置主体	種別: <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他()	運営主体	種別: <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他()
	住所: 夕張郡栗山町字湯地91番20 電話番号 (0123-72-6167)		住所: 電話番号 ()
	法人名等: 社会福祉法人 栗山福祉会		法人名等:
	代表者名: 理事長 梅津 弥須治		代表者名:
	法令遵守責任者名: 施設長 吉田 義人		

2 職員の状況

(1) 従業員の職種・員数

	管理者		医師		生活相談員		介護職員		看護職員		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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)	1				2		37		5		1		1		2			
非常勤(人)			2				6		1				1					
常勤換算(人)	1		0.2		2		40.72		5.6		1		1.1		2			
							常勤換算合計=		46.32									

※1 当該年度の4月1日現在の状況を記載してください。

2 ユニットリーダー ユニットごとに常勤が必要です。

※ ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2人以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1人でよい)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任をもつ(研修受講者でなくても構わない)職員を決めることで足ります。

3 非常勤の従業者の休暇や出張の時間は、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めません。

※ 一部ユニット型の場合のみ記載してください。

	ユニット部分						ユニット部分以外の部分					
	看護職員		介護職員		ユニットリーダー		看護職員		介護職員			
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)												
非常勤(人)												

① ユニット型		人 (ユニット数:)
② ユニット型以外		人

(2) 介護支援専門員の状況(4月1日現在)

氏名	登録番号	有効期間満了年月日	氏名	登録番号	有効期間満了年月日
片岡 清	1982833	平成30年4月1日			
坂本 直美	1050754	平成33年3月10日			
三上 勝	1031090	平成27年3月31日			
太田 仁	1020249	平成32年2月7日			
渡部 勇樹	1051086	平成33年3月24日			
根井 真奈美	1070073	平成30年2月22日			

※ 介護支援専門員の資格を有する者全員について記載してください。

(3) 人事管理等の実施状況

勤務時間	(通常) ・週休 2日 40時間 ・4週 8休 160時間	該当職種 管理者、生活相談員、管理栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員、看護職員、事務員等	健康診断の実施状況	一般者	前年度	8	月及び	月実施
					本年度	8	月及び	月実施(予定)
(交代) ・4週 休 時間 ・年間 1952時間(平成28年度)	該当職種 介護職員			夜勤者	前年度	2	月及び	月実施
					本年度	2	月及び	月実施(予定)

※ 勤務時間については、就業規則等に基づき記載してください。

(4) 職員会議・委員会等の実施状況

会議等の名称	参加職種	実施状況	記録の有無	記録者の職種	会議等の主な内容
		(頻度)			
(身体拘束廃止推進委員会) 身体拘束ゼロ委員会	施設長、事務長、生活相談員、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護士、管理課長、業務課長	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護支援専門員	・身体拘束の実施・未実施の状況・同意書取得の状況 ・身体拘束を行わない対応策・新規入所者の状況・対応
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染症対策委員会	〃	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	看護師	・時期に、発生しやすい感染対策(風邪・インフルエンザ・ノロ等) ・風邪症状など現状報告 ・近郊地域の風邪や感染情報の伝達など
(事故発生防止検討委員会) 事故対策委員会	〃	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	生活相談員	・事故、状況、ヒヤリハットの報告及び対策検討 ・事故対策委員会としての自己分析及び対策検討
(その他の職員会議・委員会等) 安全衛生委員会	〃	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	管理課長	・職員の福利衛生、衛生管理、職員の健康診断など
苦情解決委員会	〃	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	業務課長	・苦情受付状況 ・苦情対策及び報告 ・苦情の報告があった場合に、会議実施
褥瘡予防対策委員会	〃	1回/3月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	看護師	・褥瘡の発生状況・処置について ・褥瘡に関する助言・指導
在宅復帰検討委員会	〃	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	業務課長	・新規入所者で在宅復帰可能を検討
給食会議	施設長、事務長、生活相談員、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護士、管理課長、業務課長、依託業者	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	管理栄養士	・給食に関すること、行事の食事のメニューの検討 ・スクリーニング表に基づき、栄養改善等の検討 ・スクリーニング表に基づき、体重の増減のチェック
施設運営委員会	施設長、事務長、生活相談員、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護士、管理課長、業務課長	1回/月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	管理課長	・施設運営の骨格、行事の決定・連絡事項、入所希望の状況
職員全体会議	全職員・嘱託職員	6月・12月・3月、3回/年	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	管理課長	・決定事項等の周知・報告事項等

- ※ 1 本表は、身体拘束廃止推進委員会、感染症対策委員会等、各種会議・委員会等の実施状況及び各種検討会等の活動状況について全て記載してください。
- 2 「実施状況」欄については、週〇回、月〇回等実施頻度を記載してください。

3 入所者等に対する施設処遇等の実施状況(4月1日現在)

(1) 処遇等の状況

食事時間		調理従事者検便実施状況	褥瘡患者の状況
朝食	7時30分	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (年 16 回) <input type="checkbox"/> 未実施	・入所前から 0 人
昼食	12時0分		・入所後発症 5 人
夕食	17時30分		

入浴の実施状況	おむつ使用等の状況	機器等の使用状況																														
・ 一般浴(入所者一人当たり)週 2 回 対象者数: 92 人 入浴日: 月~土 曜日 13 時~ 17 時	・おむつ使用者数 28 人 うち夜間のみ 28 人	<table border="1"> <thead> <tr> <th>機器名</th> <th>使用人数</th> <th>施設保有台数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>車いす</td> <td>66</td> <td>90 (20)</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>15</td> <td>24 (0)</td> </tr> <tr> <td>つえ</td> <td>2</td> <td>16 (9)</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ</td> <td>9</td> <td>25 (0)</td> </tr> <tr> <td>その他 (独歩)</td> <td>5</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	機器名	使用人数	施設保有台数	車いす	66	90 (20)	歩行器	15	24 (0)	つえ	2	16 (9)	ポータブルトイレ	9	25 (0)	その他 (独歩)	5	()			()			()			()			()
機器名	使用人数	施設保有台数																														
車いす	66	90 (20)																														
歩行器	15	24 (0)																														
つえ	2	16 (9)																														
ポータブルトイレ	9	25 (0)																														
その他 (独歩)	5	()																														
		()																														
		()																														
		()																														
		()																														
・ 特別浴(入所者一人当たり)週 2 回 対象者数: 4 人 入浴日: 月~土 曜日 10 時~ 12 時	・ 定時交換回数 6 回 28 人 回 人 随時 28 人																															
当日入浴できないものの処遇状況 <input checked="" 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させる <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	・トイレ誘導者数 46 人 ・誘導回数 6~7 回 46 人 回 人 ・ポータブル使用者数 9 人	※ 個人の機器を使用している場合は、施設保有台数欄の () に別掲してください。																														

(2)内容及び手続の説明及び同意等

○サービス提供

サービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
契約書の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他の日常生活費に係る同意書の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
被保険者証への入退所の記録の記載	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
居宅介護支援事業者等への、利用者に関する情報を提供する場合の同意書	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

○掲示

内容	掲示の有無	掲示場所
運営規程の概要	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	玄関ホール
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	玄関ホール
協力病院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	玄関ホール
利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	玄関ホール
その他の重要事項 〔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	玄関ホール

○計画の作成等

施設サービス計画の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	--

4 非常災害対策

循環

(1)非常災害対策に関する取組状況等

非常災害対策に関する取組について、次の①から⑤までそれぞれ該当していますか。

① 非常災害対策計画の策定		<input checked="" type="checkbox"/> 策定 <input type="checkbox"/> 未策定			
② 具体的な計画の策定状況		③ 避難等訓練の状況 ※ 2 (未実施の場合、下記⑥に理由を記載してください。)		④ 施設等が所在する立地条件 ※3	
		実施状況	回数		
全ての施設等で策定が必要 ※1	ア 火災	<input checked="" type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 未対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2	
	イ 地震災害	<input checked="" type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0	
	ウ 風水害	<input checked="" type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 未対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1	a 洪水浸水想定区域(水防法) <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 b 雨水出水浸水想定区域(水防法) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 c 高潮浸水想定区域(水防法) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
施設等の地理的条件により策定が必要	エ 土砂災害	<input type="checkbox"/> 対応 <input checked="" type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0	d 土砂災害警戒区域(土砂災害警戒区域における土砂災害防止対策の推進に関する法律) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 e 土砂災害危険箇所(土石流危険渓流(準ずる渓流を含む)、地すべり危険箇所、急傾斜地崩壊危険箇所(準ずる斜面を含む)) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
	オ 津波災害	<input type="checkbox"/> 対応 <input checked="" type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0	f 山地災害危険地区(山腹崩壊危険地区、崩壊土砂流出危険地区、地すべり危険地区、山地災害危険地区の準用地区) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 g 津波災害警戒区域(津波防災地域づくりに関する法律) <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当

	カ 火山災害	<input type="checkbox"/> 対応 <input checked="" type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0	h 火山災害警戒地域(活動火山対策特別措置法)	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
	キ その他()	<input type="checkbox"/> 対応 <input checked="" type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0	i その他 ()	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
⑤ 夜間又は夜間想定	<input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間想定		⑥ 避難等訓練未実施の理由			

- ※1 火災、地震災害、風水害については、どの地域でも起こりうると思われることから、全ての施設等で非常災害対策の検討が必要です。
 なお、施設等が「洪水浸水想定区域」、「雨水出水想定区域」、「高潮浸水想定区域」に該当している場合は、特に留意した対策を検討してください。
- ※2 ③の避難等訓練について、複数の災害を想定して実施している場合は、それぞれの災害の種類ごとにカウントしてください。
- ※3 ④の立地条件は、市町村の福祉担当又は防災担当に確認の上、記載してください。
- ※4 ⑤の夜間又は夜間想定

(2)非常災害対策計画に含まれる項目 策定している非常災害対策計画に以下の項目が含まれていますか。

No.	具体的な項目	項目の有無		No.	具体的な項目	項目の有無	
1	施設等の立地条件	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	8	避難方法	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
2	施設等の構造・設備の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	9	災害時の人員体制・指揮系統	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
3	災害に関する情報の入手方法	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	10	停電・断水時の対応(通所系は必須としない)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
4	災害時の連絡先及び通信手段	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	11	関係機関との連絡体制(市町村・警察・消防等)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
5	避難を開始する時期・判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	12	避難・救出その他必要な訓練及び防災教育	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
6	避難場所	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	13	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
7	避難経路	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				

※ 具体的な項目の有無については、別紙シート「【参考】非常災害対策」を参考の上、記載ください。

(3)主な防火安全対策

施設等の延べ面積	3,550.45	m ²
----------	----------	----------------

消防法施行令に掲げる主な防火安全対策

① 防火管理者の選任・届出		
ア 消防法施行令上の義務	<input checked="" type="checkbox"/> 義務あり <input type="checkbox"/> 義務なし	
イ 「義務あり」の場合、施設等の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない	整備していない理由
ウ 「義務あり」の場合、防火管理者又は防火管理責任者	氏名 三上 勝	
② 消火器の設置		
ア 消防法施行令上の義務	<input checked="" type="checkbox"/> 義務あり <input type="checkbox"/> 義務なし	
イ 施設等の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない	整備していない理由

③ スプリンクラーの設置			
ア 消防法施行令上の義務	<input checked="" type="checkbox"/> 義務あり	<input type="checkbox"/> 義務なし	
イ 「義務あり」の場合、免除の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 免除なし	<input type="checkbox"/> 免除あり	免除の理由
ウ 施設等の整備状況 ※「免除あり」の場合も記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している	<input type="checkbox"/> 整備していない	「免除なし」及び「整備していない」場合の理由及び策定予定時期
④ 自動火災報知設備の設置			
ア 消防法施行令上の義務	<input checked="" type="checkbox"/> 義務あり	<input type="checkbox"/> 義務なし	
イ 「義務あり」の場合、免除の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 免除なし	<input type="checkbox"/> 免除あり	免除の理由
ウ 施設等の整備状況 ※「免除あり」の場合も記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している	<input type="checkbox"/> 整備していない	「免除なし」及び「整備していない」場合の理由及び策定予定時期
⑤ 自動火災報知設備と連動した消防機関へ通報する火災報知設備の設置			
ア 消防法施行令上の義務	<input checked="" type="checkbox"/> 義務あり	<input type="checkbox"/> 義務なし	
イ 「義務あり」の場合、免除の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 免除なし	<input type="checkbox"/> 免除あり	免除の理由
ウ 施設等の整備状況 ※「免除あり」の場合も記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している	<input type="checkbox"/> 整備していない	「免除なし」及び「整備していない」場合の理由及び策定予定時期

※1 「消防法施行令上の義務」及び「免除」の有無については、地元の消防機関へ確認の上、記載してください。

※2 消防法施行令の改正は、平成27年4月1日から施行となり、既存建物については、次のとおり経過措置が取り入れられているが、設置義務がなくなる場合は経過措置期間が満了しても義務ありと記載してください。

③スプリンクラーの設置 平成30年3月31日までに設置(既存の有床診療所、病院施設は、平成37年6月末まで)

④自動火災報知設備の設置 平成30年3月31日までに設置

⑤自動火災報知設備と連動した消防機関へ通報する火災報知設備の設置 平成30年3月31日まで

※3 「当該施設等の整備状況」については、消防法施行令上の義務がなくても、整備している場合は、実態どおりに記載してください。

(4)消防機関の立入検査の状況(前年度) ※該当がある場合のみ記載してください。

実施年月日	指導指示等の内容
平成28年5月25日	(文書) ①防災物品未使用箇所(カーテン)②館内の誘導整備が旧規格と新規、規格が混在しているので同規格に統一 (口頭)
消防機関への報告年月日	(上記に対する改善措置) ①防災生地へ変更済。②平成29年度新規規格へ全て変更する予定。

(5) その他災害等への備え

① 停電時の対応			
ア 自家発電装置の確保(リース等を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
イ 「有」の場合、備蓄燃料による稼働時間の把握	<input checked="" type="checkbox"/> 把握している	5~6 時間	<input type="checkbox"/> 把握していない
② 事業継続計画(BCP)の策定 ※1			
ア 事業継続計画の策定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 策定済	<input type="checkbox"/> 策定中	<input type="checkbox"/> 策定予定 <input type="checkbox"/> 検討 <input type="checkbox"/> 予定
イ 「策定済み」「策定中」「策定予定」の場合、想定している災害(複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 火災	<input checked="" type="checkbox"/> 地震	<input checked="" type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 火山 <input type="checkbox"/> 土砂災 <input type="checkbox"/> その他)
ウ 「策定中」「策定予定」の場合、策定予定時期	平成	年	月頃
③ 災害時の施設間避難協定			
ア 施設間避難協定の締結状況	<input checked="" type="checkbox"/> 締結済み	<input type="checkbox"/> 締結予定	<input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 予定なし
イ 「締結済み」の場合、締結した時期	平成	26 年	11 月頃
ウ 「締結済み」「締結予定」の場合、締結先の数	協定対象施設等の数(自施設を除く)	773	箇所
エ 「締結済み」「締結予定」の場合、想定している災害(複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 火災	<input checked="" type="checkbox"/> 地震	<input checked="" type="checkbox"/> 風水害 <input checked="" type="checkbox"/> 津波 <input checked="" type="checkbox"/> 火山 <input checked="" type="checkbox"/> その他)
オ 「締結予定」の場合、締結予定時期	平成	年	月頃
④ 耐震化促進法の対応			
ア 建築年度	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	62 年	3 月
イ 昭和56年7月以前建築の場合、耐震診断の実施状況	<input type="checkbox"/> 診断を実施済み		<input type="checkbox"/> 診断を実施していない
	実施時期	平成	年 月
ウ 耐震診断の結果	<input type="checkbox"/> 耐震性あり	Is値	Iw値
	<input type="checkbox"/> 耐震性なし(改修予定あり)	改修予定時期	平成 年 月
	<input type="checkbox"/> 耐震性なし(改修予定なし)	改修困難な理由	
⑤ アスベスト使用状況			
ア 調査対象施設に該当するか ※2	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当	※非該当の場合、イ以下の記載は不要です
イ 使用確認の有無(確認方法) ※3	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	確認方法
ウ 使用方法の有無(使用場所)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	使用場所
エ 除去等の措置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
オ ばく露のおそれの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※1 事業継続計画(BCP)とは
災害発生により事業継続に必要な人・物・情報等が被害を受け、通常どおりの事業活動が続けられなくなった場合に残された能力で優先すべき業務に特化して業務を継続するために組織体制、事前対策、災害発生時の対応方法を定めておく計画です。

※2 対象施設は、平成18年9月1日以降に新築の工事に着手した建築物を除く、全ての建築物その工作物です。
※3 イ以下は、直近の厚生労働省調査に基づいて記載してください。

⑤ 防犯対策

ア 防犯カメラの設置の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
イ 防犯センサー(センサーライト含む)の設置の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
ウ フェンス等の設置の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無

5 入退所等の状況

(1-1)入所の状況

区 分		前年度の入退所者の総数	
新規入所者数	家 庭	10人 ()	
	社会福祉施設	養護老人ホーム	人 ()
		軽費老人ホーム	人 ()
		認知症高齢者グループホーム	2人 ()
		その他	人 ()
		小 計	2人 (0)
	介護老人保健施設	4人 ()	
	病院・診療所	9人 ()	
	その他	人 ()	
	合 計	25人 (0)	

※ 1 前年度の異動状況について記載してください。
2 ()内は、当該施設に以前入所したことのある者について再掲してください。

(1-2)退所の状況

退所者数	家 庭	人	
	福祉施設	養護老人ホーム	人
		軽費老人ホーム	人
		認知症高齢者グループホーム	人
		その他	人
		小 計	0人
	介護老人保健施設	人	
	病院・診療所	9人	
	死 亡	18人	

(2)入所の状況(4月1日現在)

ア 入所者数及び平均年齢

	男性	女性	計
入所者数	23	74	97
平均年齢	84.7	89.1	88.1

※ 平均年齢は少数点第2位以下を四捨五入してください。

イ 入所期間別人数

入所期間別人数	6月未満	12
	6月以上1年未満	9
	1年以上3年未満	27
	3年以上5年未満	22
	5年以上10年未満	20
	10年以上	7
	合 計	97

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限
100人	105人

※ 特例利用者がいる場合の上限とは、併設短期入所生活介護事業所がある場合で特例利用者がいるときに、本体施設で定員超過減算にならない人数の範囲のことです。

ただし、本体の入所者数+特例利用者+併設短期入所生活介護の利用者数が、本体+併設短期入所生活介護の定員を超えないでください。

エ 前年度入所者延べ数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
延数	2,909	2,996	2,972	2,988	2,879	2,827		
平均	96	96	99	96	92	94		
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
延数	2,916	2,850	2,866	2,839	2,528	2,927	34,497	
平均	94	95	92	91	90	94		

記入例：4/1→52人+4/2→51人+4/3→55人…… 4/29→50人+4/30→54人=1,520人

※ 1 併設型短期入所生活介護事業所がある場合で特例利用者がいるときは、当該特例利用者も

その他	人
合計	27人

※ 前年度の異動状況について記載してください。

入所者数に含めてください。

- 2 平均利用者数は、当該月の入所者延数÷当該月の日数
- 3 小数点以下は切り上げてください。

オ 前年度の入所者平均（人員基準上満たすべき従業者の員数を算定する際の入所者数）

94.51人

- ※1 前年度の入所者延数／前年度の日数（365日あるいは366日）
- 2 小数点第2位以下を切り上げてください。

カ 前年度各月初日現在入所者数 各月初日の要介護度別入所者数を記載してください。

月	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
4	0	0	0	0	13	27	36	23	99
5	0	0	0	0	12	27	36	23	98
6	0	0	0	0	12	27	36	25	100
7	0	0	0	0	12	27	34	27	100
8	0	0	0	0	11	27	33	29	100
9	0	0	0	0	11	27	32	30	100
10	0	0	0	0	11	30	29	29	99
11	0	0	0	0	11	32	28	28	99
12	0	0	0	0	10	32	28	28	98
1	0	0	0	0	10	29	33	26	98
2	0	0	0	0	10	29	32	27	98
3	0	0	0	0	10	27	35	27	99

キ 要介護度別・自立度判定基準別入所者数(4月1日現在)

区分	① 入所者	自立度判定基準							
		計	ランクなし	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	不明
要介護度等	自立	0							
	要支援	0							
	要介護1	0							
	要介護2	10	1		4	4	1		
	要介護3	27		1	7	18	2		
	要介護4	31		1	4	18	5	1	
	要介護5	29			1	11	16	1	
計	96	1	2	16	51	24	2	0	

※ 入所者の要介護度等別人数を記入し、さらに自立度判定基準による内訳を記載してください。

6 機能訓練等の実施状況

区分	内容					担当者職氏名	
	実施曜日	実施時間	1日の平均対象人数	主な内容	1人あたり週平均実施回数	職	氏名
入所者	個別訓練 火曜日 月から日	13:00~17:00 日常	10から15人 97名	関節可動域訓練、歩行訓練、平行棒歩行訓練 立位動作及び立位・座位保持訓練など 個別に計画を立て、立位動作、手引き歩行、歩行器介 助、立位動作介助、車椅子操作、精神面活性目的の離 床等	1回 随時	機能訓練指導員 機能訓練指導員 介護士他	太田 智弘 川勝 美恵子 当日勤務の介護士

ハロワ	集団訓練	月から金	9:00から9:05 14:00から17:30	20人から30人 20人から30人	ラジ体操(食堂やロビー) 歌や手遊び等。創作活動、レクリエーション、料理等	5回 1から7会	介護士、他職員 介護士、他職員	当日の介護士、他職員 当日の介護士、他職員
-----	------	------	----------------------------	----------------------	--	-------------	--------------------	--------------------------

※ 訓練計画により計画的に実施した機能訓練について、その状況を記載してください。

7 苦情処理状況 【前年度苦情件数 0 件】

苦情受付窓口の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 施設長が苦情解決責任者。苦情の申立てしやすい環境を整える為、苦情受付担当者を任命しています。	前年度の事例 ○苦情の受け付けは、ありませんでした。
苦情処理マニュアル等の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 「社会福祉法人 栗山福祉会 苦情解決規定等」・「苦情相談対応の手引き」を作成しています。	
苦情処理の概要について入所者への説明	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 入所契約時に説明しています。	
苦情処理に関する記録の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 毎月、苦情解決委員会を開催して、内容を記録しています。	

※1 「有」の場合は概要を記載してください。

8 身体拘束の状況(4月1日現在)(人)

入所者数等	自立・要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
97	0	0	0	0	0	0	0

※ 身体拘束廃止推進委員会等の設置状況

設置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合名称等記載)
名称等	身体拘束ゼロ委員会

9 介護福祉施設サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------	--

10 衛生管理等

具体的な実施状況		
衛生管理	食器	毎食後食器洗浄、消毒保管庫にて消毒。80度、20分間。
	飲用水	年1回、受水槽の清掃。毎日残留塩素検査。
	医療品及び医療器具	高圧滅菌による医療器具消毒。ヒビテン、ミルトン、消毒用アルコールによる消毒・清拭。
感染症対策	日々の手洗い、うがいの励行。感染予防の為のマスク・手袋の着用。ノロ対策物品の準備及び、直ぐ使用出来る位置への設置。感染症の研修及びノロ対応の研修の実施。	
食中毒対策	日々の手洗い、毎月1回の検便検査実施(6月から9月は、2回/月)6月から9月は、禁止食品として「刺身、生寿司、マヨネーズ等」があります。	
施設内の適温の確保	冬期間は、暖房パネルの温度調整バルブにて随時温度調整を実施。温度や加湿の為、各居室・食堂にて加湿器使用。換気による温度調整。	

11 秘密保持等

従業者(従業者であった者)が業務上知り得た秘密の保持に関する措置	就業規則第22条「禁止行為」で、「職務上知り得た秘密を漏らすこと」をうたい、職員全体会議で周知徹底
居宅介護支援事業者等に情報提供することに係る入所者の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (※具体的に記載してください) 入所契約時に併せて説明。契約時の同意書に記名、捺印を頂いてます。

12 地域との交流

地域住民等との連携及び協力を行う等の地域との交流の具体例	町内会焼肉パーティー(7月3日)／町内会合同盆踊り大会(8月)／町内会災害避難訓練(10月)／地元保育所レク交流(踊りの発表等)／地域住民対象施設内見学／小学校5年生体験学習の受け入れ／定期ボランティア受け入れ
------------------------------	---

この報告書は介護保険法第24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が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。