

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 ユニット型あかびらエルムハイツ	事業所番号	177200151	
施設所在地	赤平市幌岡町47番地	記入者	所 属	特別養護老人ホーム ユニット型あかびらエルムハイツ
電話番号	0125-32-0500		職 名	事務長
ファックス番号	0125-32-0600		氏 名	村上 聖一
電子メールアドレス	erumu@leaf.ocn.ne.jp		記入日	平成28年 4月28日
設置主体	種別:	運営主体	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 ()		<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: 赤平市幌岡町47番地 電話番号 (0125-32-0500)		住所: 電話番号 ()	
	法人名等: 社会福祉法人 赤平友愛会 代表者名: 理事長 大坂 晃 法令遵守責任者名: 小林 貢		法人名等: 代表者名:	

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				1	18	6		5		1		1		1	4	2
非常勤(人)				1														
常勤換算(人)		1		0.1		1	18	6		5		1		1		1	4	2
							常勤換算合計=		34.1									

注1 当該年度の4月1日現在の状況を記入すること。

2 ユニットリーダー ユニットごとに常勤が必要。

※ 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る。

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まない。

※ 一部ユニット型の場合のみ記載

	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	
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
熊谷 千鶴子	1091128	H32.3.28			
岡村 正弘	1110614	H29.3.8			
工藤 恵子	1130889	H31.3.27			
南川 佑司	1140760	H32.3.19			

(注) 介護支援専門員の資格を有する者全員について記載すること。

(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 休 時間	該当職種 施設長、事務長、事務員、栄養士、 生活相談員、介護支援専門員	健康診断の 実施状況	一般者	前年度	11	月及び	月実施	
					本年度	11	月及び	月実施(予定)	
					前年度	5	月及び	11	月実施
					本年度	5	月及び	11	月実施(予定)

勤務時間	(交代) ・4週 休 時間 ・ 1ヶ月の変形労働時間制	該当職種 生活介護員、看護師	健康診断の 実施状況	夜勤者	前年度	5	月及び	11	月実施
					本年度	5	月及び	11	月実施(予定)

(注) 勤務時間については、就業規則等に基づき記入すること。

(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)	看護師、生活介護員、生活相談員、 介護支援専門員	年4回	有	生活介護員	・ベッド柵使用者の検討と見直し ・ミトン使用者の検討と見直し
(感染症・食中毒の対策委員会)	生活介護員、看護師、栄養士	年2回	有	看護師	・食中毒、感染症予防(MRSA)等の周知徹底
(事故発生防止検討委員会)	看護師、生活介護員、生活相談員、 介護支援専門員	年4回	有	生活介護員	・事故内容の検証と反省、改善に向けた今後の取り組みについて
(その他の職員会議・委員会等) 安全衛生委員会	事務長、看護師、生活介護員、事務員	月1回	有	事務員	・職員の安全衛生に関する内容全般
生活介護員会議	生活介護員	月1回	有	生活介護員	・介護力向上の為の介護技術の研修
給食委員会	生活介護員、栄養士	月1回	有	生活介護員	・行事食および毎日の献立の検討、食中毒予防の徹底

(注) 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すべて記入すること。

2 「実施状況」欄については、週〇回、月〇回等実施頻度を記入すること。

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	8時 0分	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (年 12 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 0 人
夕食	18時 0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: 30 人 入浴日: 月~土 曜日 14 時~ 16:30 時	・ おむつ使用者数 8 人 うち夜間のみ 2 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>17</td> <td>12 (7)</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>5</td> <td>10 (2)</td> </tr> <tr> <td>つえ</td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ</td> <td>3</td> <td>10 ()</td> </tr> <tr> <td>その他</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> <tr> <td></td> <td></td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 個人の機器を使用している場合は、施設保有台数欄の () に別掲すること</p>	機器名	使用人数	施設保有台数	車いす	17	12 (7)	歩行器	5	10 (2)	つえ		()	ポータブルトイレ	3	10 ()	その他		()			()			()			()			()
機器名	使用人数		施設保有台数																													
車いす	17		12 (7)																													
歩行器	5		10 (2)																													
つえ			()																													
ポータブルトイレ	3		10 ()																													
その他		()																														
		()																														
		()																														
		()																														
		()																														
・ 特別浴(入所者一人当たり)週 回 対象者数: 人 入浴日: 曜日 時~ 時	・ 定時交換回数 5 回 1 人 回 人 随時 7 人																															
当日入浴できないものの処遇状況	・ トイレ誘導者数 1 人																															
<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	・ 誘導回数 5 回 1 人 回 人																															
	・ ポータブル使用者数 3 人																															

(2)内容及び手続の説明及び同意等

○サービス提供に際し

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際の同意書	<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	ユニット棟 掲示板
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ユニット棟 掲示板
協力病院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ユニット棟 掲示板
利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ユニット棟 掲示板
その他の重要事項 〔提供サービス概要、苦情窓口〕	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ユニット棟 掲示板

○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 非常災害対策の状況

- (1) 非常災害に関する具体的計画の策定 策定している 策定していない
 ・非常災害計画で想定している災害 火災 地震 風水害 津波 土砂災害
 ※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。
- (2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制の整備 整備している 整備していない
- (3) (2) 及び (3) の定期的な従業員への周知 周知している 周知していない

注1 「面積」、「消防法令上の義務」及び「免除」の有無については、地元の消防機関へ確認の上、記入すること。

注2 消防法令の改正は、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られているが、設置義務がある場合は経過措置期間であっても義務ありと記入すること。

③スプリンクラーの設置 平成30年3月31日までに設置

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日までに設置

注3 「当該事業書等の整備状況」については、消防法令上の義務がなくても、整備している場合は、実態どおりに記入すること。

(4)各種防災訓練の実施状況

区分	実施回数	実施月	消防機関への事前通報	消防機関の立会	記録
避難訓練	2回	6月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		9月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	今年度実施予定回数		2回	実施予定月	
※避難訓練のうち、自然災害を想定したもの(実績)	0回	月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※避難訓練のうち、夜間を想定したもの(実績)	1回	9月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
通報訓練	0回	月	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		今年度実施予定回数		回	実施予定月
消火訓練	2回	6,9月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		今年度実施予定回数		2回	実施予定月

(注) 前年度1年間の実施状況を記入するとともに、本年度の実施予定回数及び実施予定月を記入すること。

(5)主な防火安全対策

○消防法施行令に掲げる主な防火	消防法施行令上の義務	当該事業所等の整備状況
① 防火管理者の選任・届出	<input type="checkbox"/> 義務なし <input checked="" type="checkbox"/> 義務あり ※整備していない場合、その理由	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない
防火管理者又は防火管理責任者	氏名: 小林 貢	
② 消火器の設置	面積 1813 m ² <input type="checkbox"/> 義務なし <input checked="" type="checkbox"/> 義務あり ※整備していない場合、その理由	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない
③ スプリンクラーの設置	面積 1813 m ² <input type="checkbox"/> 義務なし <input checked="" type="checkbox"/> 義務あり ※義務ありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 免除なし <input type="checkbox"/> 免除あり ※免除ありの場合、その理由	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない ※義務有・免除無で未整備の場合、その理由 ※整備予定時期 平成 年 月 予定
④ 自動火災報知設備の設置	面積 1813 m ² <input type="checkbox"/> 義務なし <input checked="" type="checkbox"/> 義務あり ※義務ありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 免除なし <input type="checkbox"/> 免除あり ※免除ありの場合、その理由	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない ※義務有・免除無で未整備の場合、その理由 ※整備予定時期 平成 年 月 予定
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	面積 1813 m ² <input type="checkbox"/> 義務なし <input checked="" type="checkbox"/> 義務あり ※義務ありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 免除なし <input type="checkbox"/> 免除あり ※免除ありの場合、その理由	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない ※義務有・免除無で未整備の場合、その理由 ※整備予定時期 平成 年 月 予定

(6) 消防機関の立入検査の状況(前年度)

実施年月日	指導指示等の内容
平成28年 2月17日	(文書) なし (口頭) なし
	(上記に対する改善措置)

(2) 入退所の状況(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	5	25	30
平均年齢	91.2	87.2	87.8

(注) 平均年齢は少数点第2位以下を四捨五入すること。

5 入退所等の状況

(1-1) 入退所の状況

区分	前年度の入退所者の総数	
家庭	1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	人
	その他	人
	小計	0人
介護老人保健施設	人	
病院・診療所	2人	
その他	人	
合計	3人	

注) 1 前年度の異動状況について記入すること。

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すること。

(1-2) 入退所の状況

区分	前年度の入退所者の総数	
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	1人
	小計	1人
介護老人保健施設	人	
病院・診療所	1人	
死亡	1人	
その他	人	
合計	3人	

注) 1 前年度の異動状況について記入すること。

イ 入所期間別人数

入所期間別人数	人数
6月未満	
6月以上1年未満	3
1年以上3年未満	27
3年以上5年未満	
5年以上10年未満	
10年以上	
合計	30

ウ 定員

入所定員	特例利用者がある場合の上限
30人	31人

(注) 特例利用者がある場合の上限とは、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あるときに、本体施設で定員超過減算にならない人数の範囲のこと。

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こと。

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	898	930	900	918	924	900
平均	30	30	30	30	30	30

月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	930	900	930	930	870	930	10,960
平均	30	30	30	30	30	30	

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

注) 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あるときは、当該特例利用者も入所者数に含めること。

2 平均利用者数は、当該月の入所者延数÷当該月の日数

3 小数点以下を切り上げのこと。

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)

27	年度	29.95人
----	----	--------

(注) 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位以下を切り上げのこと。

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入すること。

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				2	9	7	11	1	30
5				2	9	7	11	1	30
6				2	9	7	11	1	30
7				2	9	7	11	1	30
8				2	10	6	10	1	29
9				2	9	6	11	2	30
10				2	8	7	10	3	30
11				2	8	7	10	3	30
12				3	8	7	9	3	30
1				3	8	7	9	3	30
2				3	7	6	10	4	30
3				2	8	6	10	4	30

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	2		1	1				
	要介護2	8	1	1	2	4			
	要介護3	6			2	4			
	要介護4	9			1	7	1		
	要介護5	5			1	3	1		
	計	30	1	2	7	18	2	0	0

(注) 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入すること。

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	月1回	9:00~16:00	29人	筋力低下防止 (日常生活動作の機能維持)	0.25回	機能訓練指導員 梶川 さとみ
	集団訓練	毎日	11:30~11:40	20人	口腔・嚥下体操	14回	生活介護員 各ユニット

(注) 訓練計画により計画的に実施した機能訓練について、その状況を記載すること。

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、生活相談員、第三者委員が窓口。また玄関横に苦情提言カードを設置、活用を促す。	前年度の事例
苦情処理マニュアル等の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 法人として「福祉サービスに関する苦情解決の仕組み要綱」を作成、活用している。	
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	→ 契約時の重要事項説明書にて記載し説明しているほか、正面玄関横の掲示板にて周知している。	
苦情処理に関する記録の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 「苦情・提言受付書」ファイルを作成、事務所にて保管。常時閲覧可能な状態としている。	

(注) 1 「有」の場合は概要を記入すること
2 前年度具体的事例があれば、内容及び処理結果について、簡潔に記入すること

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
30							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	身体拘束廃止委員会

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

10 衛生管理等

具体的な実施状況							
衛生管理	<table border="1"> <tr> <td>食器</td> <td>食堂内での食器は下膳後、食器洗浄機で洗浄、食器消毒保管庫で97℃で50分乾燥。居室などで使用した食器はスーパー次亜水に浸けた後、別時洗浄する。</td> </tr> <tr> <td>飲用水</td> <td>赤平市上下水道使用。朝・夕2回残留塩素測定。</td> </tr> <tr> <td>医療品及び医療器具</td> <td>薬品等は、必要の都度病院より受け取る。酸素ボンベ、吸引器は医務室で保管。</td> </tr> </table>	食器	食堂内での食器は下膳後、食器洗浄機で洗浄、食器消毒保管庫で97℃で50分乾燥。居室などで使用した食器はスーパー次亜水に浸けた後、別時洗浄する。	飲用水	赤平市上下水道使用。朝・夕2回残留塩素測定。	医療品及び医療器具	薬品等は、必要の都度病院より受け取る。酸素ボンベ、吸引器は医務室で保管。
食器	食堂内での食器は下膳後、食器洗浄機で洗浄、食器消毒保管庫で97℃で50分乾燥。居室などで使用した食器はスーパー次亜水に浸けた後、別時洗浄する。						
飲用水	赤平市上下水道使用。朝・夕2回残留塩素測定。						
医療品及び医療器具	薬品等は、必要の都度病院より受け取る。酸素ボンベ、吸引器は医務室で保管。						
感染症対策	手洗い・手指消毒の徹底。1年中スーパー次亜塩素水を噴霧(季節により噴霧場所・時間を変更している。)						
食中毒対策	手洗いの徹底。毎月の検便。衛生マニュアルに基づき、各料理の中心温度・記録を取る。保健所からの食中毒予防の資料に基づき勉強会を実施。						
施設内の適温の確保	暖房は、一定温度確保のためサーモスタットを使用。また補助暖房として床暖房を使用し、換気に努めている。						

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	在職中・退職後においても、業務上知り得た秘密を漏らさぬよう誓約書を提出させ、秘密保持に努めている。
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
	(※具体的に記入) 個人情報使用同意書による。

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	あかびら幼稚園、赤平らんフェスタや施設夏祭りにおいて地域住民との交流を図っている。広報誌「エルムの丘」を町内会、老人クラブへ配布。
------------------------------	---

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。