

介護保険施設等現況報告書〔介護老人保健施設(入所・短期・通所)〕

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 介護老人保健施設の概要

ア 入所・短期

施設名称	芦別市介護老人保健施設	事業所番号	0157380015
施設所在地	芦別市本町14番地	記入者	所 属 (福)芦別市社会福祉事業団 職 名 総務係長 氏 名 西館 尚子 記 入 日 平成31年4月 日
電話番号	0124-22-1816	種別:	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人
ファックス番号	0124-22-0006	<input checked="" type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
電子メールアドレス	soumu-3@rouken-subaru.jp	住所:	芦別市北1条東1丁目3番地
設置主体	設置主体の概要	電話番号 ( 0124-22-2111 )	電話番号 ( 0124-22-1816 )
		法人名等: 芦別市	法人名等: 社会福祉法人 芦別市社会福祉事業団
		代表者名: 芦別市長 荻原 貢	代表者名: 理事長 荻原 貢
		法令遵守責任者名: 芦別市長 荻原 貢	

イ 通所

事業所名称	芦別市介護老人保健施設	電話番号	0124-22-1816
事業所番号	0157380015	ファックス番号	0124-22-0006
事業所所在地	芦別市本町14番地	電子メールアドレス	soumu-3@rouken-subaru.jp

2 職員の状況

(1) 従業員の職種・員数

ア 入所・短期

	管理者		医師		看護職員		介護職員		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従
常勤(人)			1	1			7		20			1	1	
非常勤(人)									1					
常勤換算(人)							7		20.6			0.6		1
	薬剤師		管理栄養士		栄養士		調理員・事務員		支援相談員		介護支援専門員		ユニットリーダー	
	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従
常勤(人)				1						2		1		
非常勤(人)														
常勤換算(人)					1						2		1	

※ 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 従業員の職種別必要員数

- 管理者 常勤専従の医師(当該老健の他の職種、同一敷地内の他の事業所の管理者、従業者との兼務可)
- 医師 常勤換算で入所者数(前年度平均)を100で除した数以上
- 薬剤師 実情に応じた適当数
- 看護・介護職員 常勤換算で入所者数(前年度平均)3人に対して1以上
- 支援相談員 1以上(入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上)
- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 常勤換算で入所者数(前年度平均)を100で除した数以上
- 栄養士 入所定員100以上の施設は1以上
- 介護支援専門員 1以上(入所者数が100又はその端数を増すごとに1を標準)
- 調理員・事務員等 実情に応じた適当数

3 常勤換算後の員数は、次の方法により算出した数を記載してください。

当該事業所の従業者の歴月の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た数。ただし、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れません。

※ 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	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従
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

※ 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みます。)に2人以上配置します(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1人で可)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いません)職員を決めることで足りず。

イ 通所

	医師		看護職員		介護職員		管理栄養士		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		歯科衛生士	
	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従
常勤(人)			1	1			5		1	1	1					
非常勤(人)							4									

※ 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 従業員の職種別必要員数

- 医師 専任常勤1人以上
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員(看護師又は准看護師)、介護職員 単位ごとに、利用者が10人以下の場合は、その提供時間を通じ専従1以上とし、10人を超える場合は、専従の職員が利用者の数を10で除した数以上。上記のうち、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上。

(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
小川 良子	第01060832号	平成34年 3月27日			
河村 健作	第01992667号	平成35年 4月 1日			
篠塚 聖樹	第01170971号	平成35年 4月25日			
木曾 恵美	第01160040号	平成33年10月13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) 職員の採用・退職などの状況(入所・短期・通所)

年度	職種別	管理者 (施設長)	医師	看護・介護職員		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	栄養士	事務職員			薬剤師	調理員	介護専門員	その他職員	合計		
				看護師 (准看護師)	介護職員						支援助理士	事務長	事務員							
前年度	年度当初 職員数	実人員	1	(1)	10	27	3	2	1			1	4				1		51	
		常勤換算	1		10	25.1	3	2	1		0.8		0.8	3.2				1		47.9
	年度中	採用 実人員			2	4														6
		退職 実人員			5	1	1							2						9
本年度	年度当初 職員数	実人員	1	(1)	8	30	2	2	1			1	3				1		50	
		常勤換算	1		8	27.6	2	2	1		1		1	3				1		47.6

- ※ 1 本表は、前年度の職員の採用・退職の状況、本年度当初の職員数について記載してください。
- 2 「採用」、「退職」欄には、法人内の異動も含めてください。
- 3 「年度当初職員数」欄は、各年度の4月1日現在の職員数を記載してください。
- 4 「実人員」は、兼務又は非常勤職員を含むものとし、兼務又は非常勤職員については、次により記載してください。  
 (1) 「年度当初職員数」、「採用」、「退職」、欄は、実人員を上位に、常勤換算した人数を下段に記載してください。  
 (2) 「配置基準数」欄は、入所定員を算定基礎としてください。
- 5 「管理者(施設長)」欄及び「医師」欄については、同一人の場合は、医師欄に( )書で再掲してください。

(4) 人事管理等の実施状況

勤務時間	(通常)	週休 ・4週	2日 休	38.75 時間	該当職種 医師、栄養士、理学療法士、作業療法士、 支援相談員、介護支援専門員、事務職員	健康診断の 実施状況	一般者		夜勤者	
							前年度	本年度	前年度	本年度
勤務時間	(交代)	週休 ・4週	8日 休	38.75 時間	該当職種 看護職員、介護職員	健康診断の 実施状況	前年度	月及び	4	月実施
							本年度	月及び	4	月実施(予定)
	前年度	月及び	12	月実施						
	本年度	月及び	12	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。

(5) 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 (頻度)	記録の有無	記録者の種	会議等の主な内容
(身体拘束廃止推進委員会) 身体拘束廃止委員会	施設長、事務職員、支援相談員、 理学療法士、看護師、介護福祉士	1回/3月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護福祉士	身体拘束の事例検証
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染防止対策委員会	施設長、事務職員、支援相談員、 理学療法士、看護師、介護福祉士	1回/1月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援相談員	感染症予防(マスク手洗い等)についての施設内周知の活動等
(事故発生防止検討委員会) リスクマネジメント委員会	支援相談員、介護支援専門員 理学療法士、作業療法士、看護師 介護福祉士	1回/1月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護福祉士	施設内ヒヤリハットの事例検証。 事故報告についての再発防止策検討等。
(その他の職員会議・委員会等) 口腔ケア研修会	歯科衛生士、介護福祉士、介護職員	1回/1月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科衛生士	口腔ケアの実施方法の実技講習会等
安全衛生委員会	施設長、事務職員、支援相談員、 理学療法士、看護師、介護福祉士	1回/1月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事務職員	危険箇所の確認、健診等の職員の健康管理等
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- ※ 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 2 回)	・入所前から 0 人
昼食 12時00分	<input type="checkbox"/> 未実施	・入所後発症 1 人
夕食 17時45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 <b>2</b> 回 対象者数: <b>59</b> 人 入浴日: 月・火・水・木・金 曜日 <b>13</b> 時～ <b>17</b> 時	・おむつ使用者数 <b>26</b> 人 うち夜間のみ <b>8</b> 人 ・定時交換回数 <b>4</b> 回 <b>34</b> 人 随時 <b>34</b> 人 ・トイレ誘導者数 <b>12</b> 人 ・誘導回数 <b>4</b> 回 <b>9</b> 人 <b>6</b> 回 <b>3</b> 人 ・ポータブル使用者数 <b>3</b> 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>41</td> <td>52 ( 5 )</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>18</td> <td>21 ( )</td> </tr> <tr> <td>つえ</td> <td>5</td> <td>6 ( 5 )</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ</td> <td>3</td> <td>11 ( )</td> </tr> <tr> <td>その他 ( )</td> <td></td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>リクライニング</td> <td>3</td> <td>10 ( )</td> </tr> <tr> <td>シルバーカー</td> <td>1</td> <td>5 ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 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。</p>	機器名	使用人数	施設保有台数	車いす	41	52 ( 5 )	歩行器	18	21 ( )	つえ	5	6 ( 5 )	ポータブルトイレ	3	11 ( )	その他 ( )		( )	リクライニング	3	10 ( )	シルバーカー	1	5 ( )			( )			( )
機器名	使用人数	施設保有台数																														
車いす	41	52 ( 5 )																														
歩行器	18	21 ( )																														
つえ	5	6 ( 5 )																														
ポータブルトイレ	3	11 ( )																														
その他 ( )		( )																														
リクライニング	3	10 ( )																														
シルバーカー	1	5 ( )																														
		( )																														
		( )																														
・特別浴(入所者一人当たり)週 <b>2</b> 回 対象者数: <b>15</b> 人 入浴日: 月・火・水・木・金 曜日 <b>9</b> 時～ <b>12</b> 時																																
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																																

(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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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	各サービス箇所掲示板
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各サービス箇所掲示板
協力病院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各サービス箇所掲示板
利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各サービス箇所掲示板
その他の重要事項 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

○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 入退所等の状況

(1)入退所の状況

ア 入退所の状況

区	分	前年度の入退所者の総数
新規入所者数	併設	( ) 人
	医療機関	28 人
	その他	11 人
	小計	39 人
	社会福祉施設	7 人
退所者数	家庭	15 人
	その他	0 人
	合計	61 人
	家庭	8 人
	医療機関	34 人
その他	併設	0 人
	医療機関	15 人
	小計	49 人
	社会福祉施設	5 人
	死亡	0 人
合計	62 人	

※ 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。

イ 男女別平均年齢(4月1日現在)

平均年齢	男	性女	性	計
	80.1	88.5		86.8

※ 少数点第2位以下を四捨五入してください。

ウ 入所期間別人数(4月1日現在)

入所期間	3月未満	3月以上6月未満	6月以上1年未満	1年以上2年未満	2年以上
人数	11	12	12	15	24

エ 老健入所定員

100 人
-------

オ 前年度入所者延べ数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
延数	2,252	2,365	2,322	2,348	2,192	2,208	
平均	75	77	78	76	71	74	
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	2,323	2,232	2,258	2,330	2,068	2,250	27,148
平均	75	75	73	76	74	73	

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

(2)ア 短期入所者

直近月の状況( 31年 3月 )	人数
1～3日	1 人
4～7日	3 人
8～14日	1 人
15～21日	人
22日以上	人
計	5 人

※ 当該月に退所した者について、利用日数ごとに記載してください。

イ 短期入所定員

人
---

(3)ア 通所者

直近月の状況( 31年 3月 )	人数
登録者数	155 人
1日平均利用者数	39.2 人
登録者1人あたり月利用回数	4.8 回

イ 通所利用定員

53 人
------

- ※ 1 「登録者数」欄は、当該月末の登録者を記載してください。
- 2 「1日平均利用者数」欄は、当該月の実施日の平均利用人員を記載してください。(少数点第2位以下四捨五入)
- 3 「登録者1人あたり月利用回数」欄は、当該月の通所実施延人員を登録者数で除した数を記載してください。(少数点第2位以下四捨五入)。

(4)入所者等の状況

ア 要介護度別入所者の状況(前年度各月初日現在)

月	区分	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	入所者数				19	25	12	11	12	79
	専門棟									0
5	入所者数				21	24	13	11	12	81
	専門棟									0
6	入所者数				23	20	10	13	14	80
	専門棟									0
7	入所者数				20	24	10	13	14	81
	専門棟									0
8	入所者数				20	24	10	12	11	77
	専門棟									0
9	入所者数				20	23	11	11	12	77
	専門棟									0
10	入所者数				22	23	10	14	10	79
	専門棟									0
11	入所者数				24	23	9	14	9	79
	専門棟									0
12	入所者数				21	24	10	15	8	78
	専門棟									0
1	入所者数				22	25	11	13	8	79
	専門棟									0
2	入所者数				23	24	10	13	8	78
	専門棟									0
3	入所者数				22	24	8	14	7	75
	専門棟									0

- ※ 1 各月初日の要介護度別入所者数を記載してください。
- 2 認知症専門棟がある場合は、下段に認知症専門棟入所者数を再掲してください。

イ 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	計	自立度判定基準						
		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
自立	0							
	0							
	要支援	0						
	0							
	要介護1	21		5	15	1		
	0							
要介護度等	要介護2	23		1	12	10		
	0							
	要介護3	9			2	7		
	0							
	要介護4	14		1	3	10		
0								
要介護5	7				3	4		
0								
計	74		7	32	31	4		
0								

- ※ 1 上段に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。
- 2 認知症専門棟がある場合は、下段に認知症専門棟入所者数を再掲してください。

ウ 前年度の入所者平均

74.4 人
75.5 人 (短期入所含む)

- ※ 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。

エ 要介護度別短期入所者の状況(前年度) 各月の要介護度別実人員及び延べ利用人員を記載してください。オ

月	区分	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	計
4	実人員		2				1	3
	延利用数		(12)				(7)	(19)
	平均利用者数							(1)
5	実人員		3				1	4
	延利用数		(16)				(10)	(26)
	平均利用者数							(1)
6	実人員		3	1			1	5
	延利用数		(23)	(11)			(6)	(40)
	平均利用者数							(2)
7	実人員	2	3	1	1		2	9
	延利用数	(7)	(19)	(6)	(15)		(7)	(54)
	平均利用者数							(2)
8	実人員	1	4	1	1		1	8
	延利用数	(3)	(29)	(14)	(3)		(9)	(58)
	平均利用者数							(2)
9	実人員		2				2	4
	延利用数		(13)				(10)	(23)
	平均利用者数							(1)
10	実人員		2	1	1		1	5
	延利用数		(12)	(7)	(3)		(9)	(31)
	平均利用者数							(1)
11	実人員		2	1	1		1	5
	延利用数		(17)	(2)	(3)		(5)	(27)
	平均利用者数							(1)
12	実人員	1	2	2			1	6
	延利用数	(1)	(10)	(17)			(9)	(37)
	平均利用者数							(2)
1	実人員			1			1	2
	延利用数			(8)			(6)	(14)
	平均利用者数							(1)
2	実人員	1	4				1	6
	延利用数	(5)	(25)				(6)	(36)
	平均利用者数							(2)
3	実人員	1	3				1	5
	延利用数	(4)	(13)				(9)	(26)
	平均利用者数							(1)

要介護度別通所リハビリテーションの状況(前年度)

月	区分	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	計
4	実人員	35	21	14	7	1	1	79
	延利用数	(187)	(149)	(105)	(51)	(7)	(4)	(503)
	一月間の利用者の数の平均							(26)
5	実人員	36	26	14	7	1	2	86
	延利用数	(195)	(171)	(110)	(53)	(6)	(11)	(546)
	一月間の利用者の数の平均							(26)
6	実人員	36	27	15	7	1	2	88
	延利用数	(175)	(179)	(107)	(50)	(9)	(16)	(536)
	一月間の利用者の数の平均							(26)
7	実人員	73	44	22	10	4	3	156
	延利用数	(366)	(302)	(141)	(62)	(11)	(9)	(891)
	一月間の利用者の数の平均							(43)
8	実人員	71	46	21	8	6	2	154
	延利用数	(365)	(328)	(147)	(51)	(23)	(12)	(926)
	一月間の利用者の数の平均							(41)
9	実人員	65	42	22	8	5	2	144
	延利用数	(274)	(260)	(121)	(41)	(20)	(9)	(725)
	一月間の利用者の数の平均							(41)
10	実人員	67	43	22	10	5	3	150
	延利用数	(359)	(317)	(142)	(64)	(23)	(16)	(921)
	一月間の利用者の数の平均							(42)
11	実人員	61	43	20	8	5	3	140
	延利用数	(322)	(303)	(126)	(62)	(22)	(14)	(849)
	一月間の利用者の数の平均							(41)
12	実人員	56	43	19	8	3	3	132
	延利用数	(264)	(278)	(124)	(56)	(17)	(18)	(757)
	一月間の利用者の数の平均							(40)
1	実人員	61	41	20	7	3	2	134
	延利用数	(294)	(259)	(135)	(48)	(10)	(11)	(757)
	一月間の利用者の数の平均							(40)
2	実人員	61	37	19	7	4	2	130
	延利用数	(287)	(244)	(136)	(51)	(17)	(10)	(745)
	一月間の利用者の数の平均							(40)
3	実人員	61	39	17	8	4	2	131
	延利用数	(294)	(266)	(130)	(56)	(17)	(11)	(774)
	一月間の利用者の数の平均							(39)

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

- ※ 一月間の利用者の平均数は、定員超過利用の基準に該当するかを判断するために用います。  
計算式は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計（延利用数）÷当該月のサービス提供日数（小数点以下を切り上げてください）。

5 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 要 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～金 9時00分～17時00分	17.8	関節可動域訓練、歩行訓練 筋力アップ訓練、ホットバック	3.2	理学療法士 斎藤太郎 作業療法士 佐々木 尊仁
	集団訓練	月～金 10時00分～11時00分	20.9	棒・手組体操、レクリエーション	3.7	理学療法士 斎藤太郎 作業療法士 佐々木 尊仁 介護職員 レク担当者
短期入所者	個別訓練	月～金 9時00分～17時00分	0.1	関節可動域訓練、歩行訓練 筋力アップ訓練、ホットバック	2	理学療法士 斎藤太郎 作業療法士 佐々木 尊仁
	集団訓練	月～金 10時00分～11時00分	0	棒・手組体操、レクリエーション	0	理学療法士 斎藤太郎 作業療法士 佐々木 尊仁 介護職員 レク担当者
通所者	個別訓練	月～金 10時30分～12時00分 13時00分～14時00分	5.8	関節可動域訓練、歩行訓練 筋力アップ訓練、ホットバック	34	理学療法士 菅原道宏 理学療法士 斎藤太郎
	集団訓練	月～金 13時00分～14時20分	38.7	棒・手組体操、レクリエーション	6.5	理学療法士 菅原道宏 介護職員 レク担当者

※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の指導のもとに、リハビリテーション計画等に基づき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。

6 苦情処理状況(入所・短期・通所【前年度苦情件数 4 件】)

苦情処理状況	有	無	前年度の事例
苦情受付窓口の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各サービス箇所掲示
苦情処理マニュアル等の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各サービス箇所掲示
苦情処理の概要について入所者への説明	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各サービス箇所掲示
苦情処理に関する記録の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各サービス箇所掲示

利用者さまご本人より、服薬の際、ベッドから起きよう言われたが、起き上がることができず「起きれないので、ベッドを上げてほしい」と頼んだところ、睨まれたとの報告があった。事実確認を行った結果、睨んだつもりはなかったが、嫌な思いをさせてしまい申し訳なかったとの返答だった。ご本人様が大きさにしたくないと希望されたため所属長が代理で謝罪し、誰に対しても不快な思いをさせないよう職員に周知した。

- ※ 1 「有」の場合は概要を記載してください。
- 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、簡潔に記載してください。

7 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
74							0

身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体的拘束等の適正化のための指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
今年度の従業者への身体的拘束等の適正化のための研修実施予定(月)	7月、1月

※ 平成30年度以降、身体拘束等の適正化のため、定期的(3月に1回以上)な委員会の開催、指針の整備、定期的な(年2回以上)研修の実施が義務化されています。

8 介護保健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
------------	--

9 衛生管理等

	具体的な実施状況
食 器	食器洗浄機で洗浄後、食器消毒保管機で乾燥及び消毒(85℃で75分間)を行っている。
飲 用 水	厨房にて1日2回(5時30分、13時30分)、残留塩素の測定を行っているほか、年1回受水槽の清掃作業を実施している。
医 療 品 及 び 医 療 器 具	収納庫に保管するとともに、必要に応じて高圧蒸気滅菌装置で消毒を行っている。
感 染 症 対 策	施設内に「感染対策委員会」を設置しており、マニュアルを作成の上、各感染症の対応に沿った対策を講じている。
食 中 毒 対 策	厨房において、加熱調理食品は中心部が85℃以上になるまで加熱を行い、盛り付け時は使い捨てのマスク並びに手袋を使用している。また、利用者に対し昼食後、食べ物を居室に持ち帰らないよう注意喚起している。
施 設 内 の 適 温 の 確 保	厨房は1日2回(5時30分、13時30分)、温度と湿度を測定し記録している(エアコンにより温度を調節している)。居室については、適宜窓を開けるなどし、高温状態が継続されないよう注意している。

10 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	「個人情報保護に関するマニュアル」を独自に作成し、職員に周知している。
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) 施設サービス利用同意書に添付する「個人情報の利用目的」に記載されており、それらを総合的に判断して同意をいただいている。

11 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	近隣施設である「つばさ保育園」に通う児童及び園児が来訪し、職員に周知している。
------------------------------	---

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。