

## 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

法人名	社会福祉法人 治恵会		
法人所在地	北海道北見市とん田東町444番地1		
法人電話番号	0157(33)5537		
事業所名称	特別養護老人ホームくつろぎユニット		
事業所所在地	北海道北見市とん田東町381番地16		
事業所電話番号	0157(33)5537		
電子メールアドレス	info@iikei-kutsurogi.org		
記入者	所屬		
	職名	施設長	氏名 藤田昌大
定員	40	人	
現員	40	人	
短期入所の実施(有/無)	無	(事業所名 )	
併設施設・事業所(有/無)	有	(種別及び名称 特別養護老人ホームくつろぎ:110床、短期入所生活介護:18床 )	

## 2 職員の状況

## (1) 従業員の職種・員数

当該年4月における勤務表の写し(従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)を添付してください。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

## (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
野原 実喜	0106-1252	R9.3.29			
原 知子	0112-0172	R10.3.14			
部川 紗姫	0118-0262	R6.6.6			
権名 章	0121-0067	R9.4.7			
鈴木 大輔	0121-0350	R9.6.16			

※ 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) 高齢者虐待防止委員会	施設長・総務部長・相談室長 介護長・看護長 各部署、フロアの委員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各部署 持ち回り	困難事例の有無確認、情報共有 困難事例への対応検討 研修計画
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染対策検討委員会・給食委員会	(職種) 介護職員・看護職員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各部署 持ち回り	感染予防対策の検討、周知、研修計画 感染発生時の対応の検討 給食に関する事項の報告、検討
(事故発生防止検討委員会) 事故防止委員会	介護支援専門員 社会福祉士 管理栄養士 機能訓練指導員 事務職員等	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各部署 持ち回り	事故報告の分析と対応策の考察、周知 事故対応策の改善状況確認 研修計画
(その他の職員会議・委員会等) 褥瘡対策検討委員会	事務職員等	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各部署 持ち回り	褥瘡治療者の状態確認、情報共有 エアマット、除圧マットの使用状況の確認 研修計画
運営会議	本部長・施設長・総務部長 相談室長・介護長・看護長 各部署、フロアの管理責任者	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	各部署 持ち回り	法人運営に関する報告、情報共有 各部署からの連絡、相談、検討
ユニットリーダー会議 フロア・ユニット会議	介護者・看護長 各フロアリーダー フロア、ユニット職員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	持ち回り	リーダー間での情報共有、リーダー研修 業務改善等の検討 職員間での情報共有、業務改善等の検討

※ 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。

2 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	( )	2人
	養護老人ホーム	( )	人
	社会福祉施設	( )	2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	( )	2人
	介護老人保健施設	( )	0人
	病院・診療所	( )	1人
	その他	( )	19人
合計	( )	24人	
		( )	0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。

(1-2) 退所の状況

退所者数	家庭	人
	養護老人ホーム	人
	社会福祉施設	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	1人
	死亡	18人
その他	人	
合計	19人	

※ 前年度の異動状況について記載してください。

(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	7	33		40
平均年齢	83.3	87.8		86.5

※ 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	5
	1年以上3年未満	9
	3年以上5年未満	5
	5年以上10年未満	9
	10年以上	0
合計		40

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限	※
40人	42人	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	1,161	1,231	1,195	1,223	1,229	1,195	
平均	39	40	40	40	40	40	
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	1,219	1,097	1,114	1,171	1,076	1,237	14,148
平均	40	37	36	38	39	40	

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あるときは、当該特例利用者も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)

38.77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						4	18	15	37
5						4	17	18	39
6						4	18	18	40
7						4	18	18	40
8						3	18	19	40
9						3	18	18	39
10						3	18	19	40
11						3	19	17	39
12						2	21	14	37
1						2	22	14	38
2						2	23	12	37
3						2	23	15	40

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	0							
	要介護3	2			1		1		
	要介護4	24		1	3	7	10	3	
	要介護5	14	1		3	5	3	2	
	計	40	1	1	7	12	14	5	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。

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らるるものです。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。