

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	社会福祉法人 芦別慈恵園	事業所番号	177300175
施設所在地	芦別市旭町28番地	所 属	社会福祉法人 芦別慈恵園
電話番号	0124-22-2566	職 名	生活相談員
ファックス番号	0124-22-1482	氏 名	佐々木 大典
電子メールアドレス	iikeien@ashibetu.or.jp	記入日	2016/4/25
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 運営主体の概要 (※設置主体と同一の場合は省略可)	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()
	住所: 芦別市旭町28番地 電話番号 (0124-22-2566)		住所: 芦別市旭町28番地 電話番号 (0124-22-2566)
	法人名等: 社会福祉法人 芦別慈恵園		法人名等: 社会福祉法人 芦別慈恵園
	代表者名: 理事長 岩間 珠一		代表者名: 理事長 岩間 珠一
	法令遵守責任者名: 小野 省吾		

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)	0	1	0	0	2	0	12	0	4	0	1	0	1	4	1	0	2	0
非常勤(人)	0	0	0	1	0	0	5	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
常勤換算(人)	0.6		0.1		2		14.8		4.9		1		1.6		1		2	
							常勤換算合計=		19.7									

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めない。

※ 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	専従	兼務	
常勤(人)													
非常勤(人)													

① ユニット型	34 人 (ユニット数: 3)
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
川邊弘美	1992364	平成30年4月1日			
和田直樹	1020655	平成32年3月25日			
滝口千秋	1070441	平成30年3月4日			
畠山幸子	1020816	平成32年3月27日			
鈴木章夫	1070813	平成30年3月11日			
村上由佳	1140079	平成31年11月27日			
松藤尚希	11050159	平成32年12月3日			

(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	勤務時間	該当職種	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
(通常)	日 時間	事務員、用務員、生活相談員	健康診断の実施状況	5	1	5	1
・週休 8 休	160 時間	介護支援専門員、機能訓練指導員		5	10	5	10
(交代)	8 休	看護職員		5	1	5	1
・4週 160 時間	7:35~16:30、13:00~22:00、21:55~7:35	介護職員、調理員		5	10	5	10

(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) 生活を守る委員会(身体拘束廃止委員会)	施設長・くらし事業部部長・くらし係長・訪問介護管理者・看護職員・業務係長(リスクマネージャー)	月1回	有	業務係長	身体拘束状況になっていないか確認。必要であれば対策検討(現在拘束者はいない)
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染症対策委員会	施設長・くらし事業部部長・くらし係長・地域連携室長・業務係長・管理栄養士・生活相談員	月1回	有	地域連携室長	感染症の予防や対策について、協議・検討・実施
(事故発生防止検討委員会) 生活を守る委員会(リスクマネジメント委員会)	施設長・くらし事業部部長・くらし係長・訪問介護管理者・看護職員・業務係長(リスクマネージャー)	月1回	有	業務係長	ヒヤリハット状況の確認、事故報告内容の確認、改善策の検討等
(その他の職員会議・委員会等) 運営会議 労働安全衛生委員会	施設長・まちづくり事業部部長・くらし事業部部長・くらし係長・地域連携室長・業務係長・訪問介護管理者・管理栄養士・ケアワーカーリーダー・生活相談員等	月一回	有	くらし事業部部長	月間行事予定の打ち合わせ・各係からの連絡事項など
生活を守る委員会(苦情解決委員会)	施設長・くらし事業部部長・くらし係長・訪問介護管理者・看護職員・業務係長(リスクマネージャー)	月一回	有	業務係長	苦情・相談内容の報告、経過、対応した内容を確認し周知する。
経営実績会議	施設長・まちづくり事業部部長・くらし事業部部長・くらし係長・地域連携室長・各職域代表者	月二回	有	まちづくり事業部部長	設全体の経営状況の確認。各事業所の現在の課題と進捗状況の確認

栄養ケアチーム会議	施設長・くらし事業部長・くらし係長・地域連携室長・管理栄養士・介護支援専門員・生活相談員	月一回	有	介護支援専門員	栄養状態や食事の摂取状況などをとらえ、体調の確認を行ない、食事の工夫の検討や、ターミナル期、プレターミナル期など体調に合わせたケアの方向性を確認し周知する。
入居判定委員会	施設長・くらし事業部長・くらし係長・地域連携室長・生活相談員・第三者委員	年三回	有	生活相談員	入居検討委員会で決定した二次判定を基に入居順序の優先順位(総合判定)を行う。
入居検討委員会	施設長・事務長・くらし事業部長・くらし係長・地域連携室長・生活相談員	月一回	有	生活相談員	入居申し込み書及び要介護認定調査票の結果を入力した入居優先判定指針による第一次判定を基に、勘案事項を考慮し二次判定を行う。
トータルケア会議	施設長・くらし事業部長・まちづくり事業部長・各課、各係の代表・地域連携室長・くらし係長・生活相談員等	年二回	有	くらし事業部長	園の基本理念業務目標に基づき、年度の振り返り、及び次年度の目標を打ち出す。
栄養係会議	管理栄養士・調理員	月一回	有	調理員	毎月の温度や湿度管理、作業行程の確認。テリヌ食ややわらか食についての検討を行う。
介護技術委員会	各グループ介護技術委員会(ユニットリーダー、ケアワーカー)	月一回	有	担当職員	外部講師(作業療法士)より助言・指導を受け個別のリハビリ、進捗状況の確認
口腔ケア委員会	各グループ口腔ケア委員会(ユニットリーダー、ケアワーカー)	月一回	有	担当職員	外部講師(歯科衛生士)より助言・指導を受け個別の口腔ケア、進捗状況の確認
学習療法委員会	各グループ学習療法委員会(ユニットリーダー、ケアワーカー)	月一回	有	担当職員	学習療法の進捗状況とお客様の状況や情報の共有。取り組む方向性の確認
くらし事業部運営会議	くらし事業部長・くらし係長・地域連携室長・介護支援専門員・くらし係統括マネージャー・管理栄養士・作業療法士・生活相談員	週一回	有	担当職員	各事業所での進捗状況、課題等を報告して検討。情報の共有化を図る。
グループ運営会議	くらし係長・ユニットリーダー・ケアワーカー	月一回	有	担当職員	各ユニット・事業所での進捗状況の確認、課題や取り組みなどを報告して 検討。情報の共有化を図る。
各ユニット会議 (さくら・きらら・ほたる・いこい・ふれあい・ひまわり・ほほえみ・ふるさと)	くらし係長・ユニットリーダー・ケアワーカー	月一回	有	担当職員	各係からの報告・ユニットでの課題を話し合う。
職員会議	全職員	月一回	有	生活相談員	法人の方向性を伝達し、情報を共有する。研修の復命や研究紀要等職員が発表する。
広報委員会	まちづくり事業部長・事務員	年三回	有	事務員	芦別慈恵園広報紙の企画、作成、発行
介護力向上委員会	施設長・くらし係長・くらし係部統括マネージャー・ケアワーカー・看護師	月一回	有	担当職員	水分・排泄・食事・運動面から介護を考え取り組みを周知
お客様連携係会議	くらし事業部長・介護支援専門員・地域連携室長・生活相談員・作業療法士	月一回	有	担当職員	お客様の状況確認、次月の取り組みについて確認とう行う

(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)	・入所前から	0 人
昼食	12時	0分			・入所後発症	5 人
夕食	18時	0分			<input checked="" type="checkbox"/> 未実施	

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: 19 人 入浴日: 月～日 曜日 10 時～ 16 時		・おむつ使用者数 4 人 うち夜間のみ 0 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>24</td> <td>24 (5)</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>5</td> <td>5 (0)</td> </tr> <tr> <td>つえ</td> <td>1</td> <td>1 (1)</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ</td> <td>1</td> <td>1 (0)</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> </tbody> </table>			機器名	使用人数	施設保有台数	車いす	24	24 (5)	歩行器	5	5 (0)	つえ	1	1 (1)	ポータブルトイレ	1	1 (0)	その他		()			()			()			()
機器名	使用人数	施設保有台数																															
車いす	24	24 (5)																															
歩行器	5	5 (0)																															
つえ	1	1 (1)																															
ポータブルトイレ	1	1 (0)																															
その他		()																															
		()																															
		()																															
		()																															
・ 特別浴(入所者一人当たり)週 2 回 対象者数: 15 人 入浴日: 月～土 曜日 10 時～ 16 時		・定時交換回数 回 人 回 人 随時 4 人																															
当日入浴できないものの処遇状況		・トイレ誘導回数 30 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 checked="" 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 10～11 回 14 人 6～7 回 16 人																															
		・ポータブル使用者数 1 人																															

(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

(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	
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
協力病院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他の重要事項 []	<input checked="" 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 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	3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
		10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		6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)	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
※避難訓練のうち、夜間を想定したもの(実績)	1回	10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	2回	6,10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		6回	実施予定月
消火訓練	2回	6,10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		6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 小野省吾
② 消火器の設置	面積 4371.44 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 4046.21 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 4371.44 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 4371.44 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 消防設備の監視が宿直者・日勤者で可能な体制にある	<input type="checkbox"/> 整備している <input checked="" 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27年8月20日	(文書)
	(口頭) ・消防計画作成から年数が経過しているため再作成 ・屋内消火栓、消火器の扉の前に障害物あり
	(上記に対する改善措置) ・すみやかに作成 ・障害となっていた椅子とゴミ箱の移動

(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	29	34
平均年齢	85.8	88.5	88.1

(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	
新規入所者数	家庭	1人	
	社会福祉施設	養護老人ホーム	0人
		軽費老人ホーム	0人
		認知症高齢者グループホーム	0人
		その他	0人
		小計	0人
	介護老人保健施設	0人	
	病院・診療所	4人	
	その他	0人	
	合計	5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

退所者数	家庭	0人	
	福祉施設	養護老人ホーム	0人
		軽費老人ホーム	0人
		認知症高齢者グループホーム	0人
		その他	0人
		小計	0人
	介護老人保健施設	0人	
	病院・診療所	6人	
	死亡	2人	
	その他	0人	
合計	8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	6月未満	5
	6月以上1年未満	3
	1年以上3年未満	14
	3年以上5年未満	8
	5年以上10年未満	2
	10年以上	2
	合計	34

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限
34	35
人	人

(注) 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。

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	1,020	1,054	1,020	1,054	1,054	1,016	
平均	34	34	34	34	34	34	
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	1,045	1,020	1,052	1,054	1,010	1,066	12,465
平均	34	34	34	34	36	35	

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。
- 平均利用者数は、当該月の入所者延数÷当該月の日数
- 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	34.2
		人

(注) 1 前年度の入所者延数/前年度の日数(3.6.5日あるいは3.6.6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	0	0	0	0	1	10	14	9	34
5	0	0	0	0	1	10	14	9	34
6	0	0	0	0	1	10	15	8	34
7	0	0	0	0	1	11	14	8	34
8	0	0	0	0	1	11	14	6	32
9	0	0	0	0	1	12	14	6	33
10	0	0	0	0	1	11	17	6	35
11	0	0	0	0	1	11	15	6	33
12	0	0	0	0	2	10	17	6	35
1	0	0	0	0	2	10	18	4	34
2	0	0	0	0	2	12	18	4	36
3	0	0	0	0	1	13	18	4	36

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	28・4・1現在							
		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M	不明
要介護度等	自立	0	0	0	0	0	0	0	0
	要支援	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護1	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護2	1	0	0	1	0	0	0	0
	要介護3	10	0	0	3	4	3	0	0
	要介護4	19	0	0	3	11	5	0	0
	要介護5	4	0	0	0	2	2	0	0
	計	34	0	0	7	17	10	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	毎日	9:00~18:00(どこかで)	32人	歩行練習、膝の屈伸、おじぎ運動、ひろのば体操等	7回	介護職員	各担当職員
		火・木		2人	上肢での軽作業	2回	作業療法士	中尾亮介
	集団訓練	毎日	15:30	20人	音楽に合わせて体を動かす	7回	介護職員	各担当職員

(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 2 件】

苦情受付窓口の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 苦情受付窓口(担当者設置 くらし事業部長和田直樹 受付期間 毎週月～金曜日9:16時半)または苦情受付ボックスを各ユニットに設置	前年度の事例 額の変色のヒヤリを提出していたが、家族様に連絡するのが遅れてしまった。家族様が面会時に伝える形となってしまった。 【対応について】 ・家族代表者への報告が遅くなったことを謝罪する。・情報の共有が不十分だった。 ①ヒヤリハット 提出方法の変更→リスクマネージャーの前に係長やリーダー、生活相談員に報告し、必要に応じて状況確認する。 ②連絡方法 状況と内容に応じて、生活相談員および健康係から連絡を入れる。その際に打ち合わせをして誰から発信をかけるか確認する。 ③家族代表者によって連絡内容を変える ・すぐに連絡が欲しいご家族のリストを作成。些細な事も連絡出来る様にする。
苦情処理マニュアル等の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 各ユニット、事業所にファイリングして閲覧している	
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	→ ご本人、ご家族へ原因の究明と今後の内容をお伝えしている	
苦情処理に関する記録の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→ 苦情受付票に記載。毎年、3月に開催される報告会にて第三者委員へ報告を行っている。	

- (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
34	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	生活を守る委員会(芦別慈恵園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 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	使用済みのものはパントリーより返却。食器洗浄機で洗浄し、食器消毒保管庫にて乾燥、保管。消毒については、メラホホワイトや次亜塩素酸Naを使用。
	飲用水	毎日、朝夕の2回、残留塩素濃度の確認
	医療品及び医療器具	滅菌水、オスパン、滅菌G
感染症対策	コアクリーン、アルコールを使用し、テーブルやおしぼり等の消毒。感染症対策委員会にて月1回会議実施。手洗い、マスク使用の啓蒙。	
食中毒対策	消毒はコアクリーン、次亜塩素酸Na、アルコールを使用。嘔吐等の症状でノロウイルス対策実施。	
施設内の適温の確保	室内換気・湿度調整(加湿器全室設置)・床暖房	

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	<ul style="list-style-type: none"> ・新採用時における研修 ・契約書の提出 ・守秘義務、個人情報保護について職員会議で周知
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) 契約時、契約書第7条(守秘義務)において説明し、利用できる旨同意を頂いている。

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	ボランティア団体(4団体)との協力…喫茶・書道・生け花・散歩等、ボランティア交流会、脳の健康教室「えがお塾」開催、在宅ケアのための料理教室、行事におけるボランティア・地域住民との交流(学習療法ボランティア・花壇の整理)・えがお健康体操教室・まちづくり講演会
------------------------------	--

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。