

地域密着型サービス事業者等現況報告書

（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

事業所名 地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「こぶし」

恵庭市長 様

次のとおり資料を添えて提出します。

所在地 恵庭市島松本町4丁目9番5号

開設法人 名称 社会福祉法人健美会 ⑧

代表者名 理事長 鶴田 力

(TEL/FAX) 21-8855/21-8105

作成年月日 平成28年6月22日

記入者	所属	地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「こぶし」		
	職名	施設長	氏名	米山利史
	連絡先	電話番号 0123-21-8855	ファックス番号	0123-21-8105

添付資料	■従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（シフト及び時間数） （※平成28年4月分実績を作成） サービス提供体制強化加算及び日常生活継続支援加算を算定している場合は、平成27年2月分（実績）も合わせて提出）			
	■職員状況調べ			
	■退職者及び新規採用者調べ			
	■運営規程			
	■重要事項等説明書			
	■契約書の様式			

1 事業所の概要

名称	地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「こぶし」		
事業所番号	0191200088		
所在地	恵庭市島松本町4丁目9番5号		
電話番号	0123-21-8855	ファックス番号	0123-21-8105
メールアドレス	info@kenbikai.or.jp		
指定年月日(注1)	平成24年2月14日	事業開始年月日(注2)	平成24年3月31日
定員	19人		
居室数	9	2人部屋	3人部屋
		8	1
			0
同一敷地内にある他の事業所等(注3)	地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「さくら」「いちよう」		

注1 「指定年月日」欄は、指定を受けた年月日を記入すること。

注2 「事業開始年月日」欄は、実際に事業を開始した年月日を記入すること。

注3 「同一敷地内にある他の事業所等」欄は、同一敷地内にある居宅介護サービス事業所（介護予防サービス事業所を含む。）、地域密着型サービス事業所（地域密着型介護予防サービス事業所を含む。）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、社会福祉施設、保健医療施設等の名称を記入すること。

2 役員及び管理者の状況

(フリガナ) 氏名	生年月日	住所	
	役職名	TEL	FAX
(ツルタ ツトム) 鶴田 力	昭和15年6月14日	(〒061-1352) 恵庭市島松仲町3丁目6番5号	
	理事長	TEL 0123-37-3445	FAX 0123-37-3445
(イトウ マサノブ) 伊藤 雅暢	昭和33年9月26日	(〒061-1353) 恵庭市島松本町3丁目3番地6	
	理事長職務代理者	TEL 0123-37-0072	FAX 0123-37-0072
(ヤマガチ ヨウイチ) 山口 洋一	昭和22年1月30日	(〒061-1441) 恵庭市住吉町2丁目1番地14	
	理事長職務代理者	TEL 0123-33-1388	FAX 0123-33-1388
(ツルサワ キミハル) 敦澤 君治	昭和30年10月27日	(〒061-1412) 恵庭市白樺町1丁目13番地21	
	理事	TEL 0123-33-2904	FAX 0123-33-2905
(サイトウ タカコ) 斉藤 孝子	昭和19年4月21日	(〒061-1423) 恵庭市柏木町549番地の130	
	理事	TEL 0123-39-3950	FAX 0123-39-3951
(ヒガシノ ヒデミツ) 東野 英満	昭和20年10月4日	(〒061-1353) 恵庭市島松本町3丁目10番地18	
	理事	TEL 0123-36-7292	FAX 0123-36-7300
(ハラダ シュンジ) 原田 俊次	昭和28年5月2日	(〒061-1353) 恵庭市島松本町2丁目8番13	
	理事	TEL 0123-36-7613	FAX 0123-36-7613
(カガミ ミツグ) 鏡 貢	昭和12年6月1日	(〒061-1353) 恵庭市島松本町1丁目7番地2	
	監事	TEL 0123-36-8007	FAX 0123-36-8007
(ホンマ ヒトシ) 本間 均	昭和22年12月28日	(〒061-1441) 恵庭市住吉町3丁目11-28	
	監事	TEL 0123-33-2748	FAX 0123-37-9103
(ヨネヤマ トシフミ) 米山 利史	昭和46年4月5日	(〒062-0934) 札幌市豊平区平岸4条2丁目9番5号	
	理事	TEL 090-1307-5550	FAX

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）

事業所の管理者も記載すること。

- 例：医療法人 → 医療法第46条の2に規定される役員（理事及び監事）
 社会福祉法人 → 社会福祉法第36条で規定される役員（理事及び監事）
 株式会社 → 商法で規定される取締役等（取締役及び監査役）
 旧有限会社 → 旧有限会社法で規定される社員（有限責任、無限責任の区分）

3 職員の状況（4月1日時点の状況）

※ 4月分の勤務形態一覧表（シフト及び時間数）を作成し、当該一覧表に沿って記入してください。
【基本事項】 [単位：人]

(1) 全体

	管理者		医師		生活相談員		栄養士		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤		1				1	1			1
非常勤				1						1
常勤換算	1.0		0.2		0.5		1.0		0.7	

	介護支援専門員		介護職員		看護職員		介護職員＋看護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤		1	9			1		
非常勤			4			1		
常勤換算	0.5		11		1.3		12.3	

(2) 職員

(7) 管理者	氏名	米山 利史
	就任年月日 (注1)	平成26年5月1日
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤・兼務
	当該事業所で兼務している場合の他の職種	地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「さくら」「いちよう」管理者
	他の事業所で兼務している場合の事業所名と職種	事業所名（地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ「こぶし」） 職種（施設長）
(1) 計画担当 介護支援 専門員	氏名	野脇 有希
	就任年月日 (注1)	平成26年4月1日
	介護支援専門員の資格	登録年月日 平成23年3月10日 有効期限 平成28年3月9日
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤・兼務
	当該事業所で兼務している場合の他の職種	生活相談員
(I) 従業者 (介護職員・看護職員) の人数 (注2)	合計数	(14)人
	勤務形態	常勤・専従 (8)人 常勤・兼務 (1)人 非常勤・専従 (4)人 非常勤・兼務 (1)人 ※常勤の介護従業者の1週間当たりの勤務時間（a40）時間 ※介護従業者の1週間の勤務延時間数（b392）時間 ※（b392）時間÷（a40）時間＝常勤換算数（9.8人）

資格	介護支援専門員 (0) 人 介護福祉士 (6) 人 ヘルパー1級 (0) 人 ヘルパー2級 (6) 人 看護師 (2) 人 准看護師 (0) 人 その他 () (0) 人	
	研修受講	認知症介護実践研修（実践者研修） 認知症（痴呆）介護実務研修（基礎課程） 受講済者 (1) 人
	認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 認知症（痴呆）介護実務研修（専門課程）	受講済者 () 人
	認知症介護指導者養成研修	受講済者 () 人

注1 就任年月日には、雇用年月日ではなく、配置された年月日を記入すること。

2 従業者の人数は、介護職員・看護職員として配置されている従業者の人数を記入すること（管理者や計画担当介護支援専門員を兼務している従業者も含む）。時間数は、計画担当介護支援専門員等が介護従業者と兼務している場合は、計画担当介護支援専門員としての勤務時間数は除くこと。

【確認事項】

(1) 従業者

※勤務形態一覧表（時間数）により、常勤換算で必要な人員が確保されているか、確認してください。

ユニット部分以外

(ア) 介護職員又は看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(イ) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数は、1以上である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(ウ) 介護職員のうち1人以上は、常勤の者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(エ) 看護職員のうち1人以上は、常勤の者である。ただし、サテライト型居住施設については、常勤換算方法で1以上。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(オ) 介護支援専門員の数が、1以上である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(カ) 常時1人以上の介護職員が従事している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

4 運営の状況

(1) 権利擁護の取組状況について

① 高齢者虐待防止の状況（高齢者虐待防止及び知識の向上）

(ア) 高齢者虐待防止に対する取り組みを行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・具体的内容 （3か月に1度の委員会活動）		
(イ) 施設内で発生した虐待を早期に発見し、対応できるよう「虐待防止委員会」等の設置や施設内カンファレンス等、施設全体で取り組めるような体制作りをしているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(ウ) 高齢者虐待等の知識向上のため外部研修会への参加を行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	前年度実績 (1 回)	
(エ) 施設内においてスタッフ全体で知識向上のための学習会等を行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(オ) 道や市で作成しているマニュアル等を参考に高齢者虐待防止法の内容、施設内虐待の内容等を理解し、虐待防止を行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

② 成年後見制度

(ア) 入所者家族及び新規入所者家族等に成年後見制度の内容等について説明を行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(イ) 成年後見制度の理解を深めるため、外部研修会等への参加を行っているか	はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	前年度実績 (回)	
(ウ) 施設内においてスタッフ全体で知識向上のための学習会等を行っているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(2) 介護サービス情報の公表状況

(ア) 介護サービスの公表を実施しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	前年度 実施	平成27年10月6日
			今年度 実施予定	平成28年10月(予定)

(3) 非常災害対策の状況

(ア) 消防計画を作成しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	作成日	平成26年7月18日
(イ) 非常災害に関する計画を策定しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	非常災害で想定している自然災害		<input checked="" type="checkbox"/> 地震 <input checked="" type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 津波 <input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害	
(ウ) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(エ) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行っているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(オ) 日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような連携体制の整備がされているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(カ) 平成27年度 避難訓練の実施	① 平成27年7月24日		② 平成28年1月22日	
想定	時間	日中 ・ 夜間		日中 ・ 夜間
	種別	火災・地震・その他 ()		火災・地震・その他 ()

消防署の立会	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
近隣への周知	町内会回覧・その他（ ） チラシ配布（ 枚）		町内会回覧・その他（ ） チラシ配布（ 枚）		
事業所・入居者以外の 近隣住民等の参加者数	人数（ 2 人） うち近隣住民（ 2 人）		人数（ 2 人） うち近隣住民（ 2 人）		
(キ) 平成27年度 消火訓練の実施	① 平成27年7月24日		② 平成28年1月22日		
(ク) 平成28年度 避難訓練の実施予定	① 平成28年7月（予定）		② 平成29年1月（予定）		
想定	時間	<input checked="" type="checkbox"/> 日中 ・ 夜間		日中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 夜間	
	種別	火災・地震・その他（ ）		火災・地震・その他（ ）	
消防署の立会	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
近隣への周知 ※ （終了している場合記入）	町内会回覧・その他（ ） チラシ配布（ 枚）		町内会回覧・その他（ ） チラシ配布（ 枚）		
事業所・入居者以外の 近隣住民等の参加者数※ （終了している場合記入）	人数（ 人） うち近隣住民（ 人）		人数（ 人） うち近隣住民（ 人）		
(ケ) 平成28年度 消火訓練の実施予定	① 平成28年7月（予定）		② 平成28年1月（予定）		
(コ) 防火管理者	氏名	伊藤 雅暢		職種	副理事長
	防火管理資格講習修了日	(直近) 平成14年9月11日			
(カ) 自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 設置済	未設置	平成24年3月	設置	
(キ) 火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> 設置済	未設置	平成24年3月	設置	
(ク) スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 設置済	未設置	平成24年3月	設置	
(ケ) ナースコール等呼出設備	<input checked="" type="checkbox"/> 設置 ・ 未設置				
	設置場所	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者居室 ・ <input checked="" type="checkbox"/> トイレ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 風呂 ・ その他（ ）			
	受信場所	<input checked="" type="checkbox"/> 事務室 ・ 居間 ・ その他（ ）			

(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 (頻度)	記録 の 有無	会議等の内容
(身体拘束廃止推進委員会)	施設長、看護師、介護職員、介護支援専門員、介護職	3回	有	身体拘束実施可否状況及び重点取り組みについて
(感染症・食中毒の対策委員会)	施設長、看護師、介護職員、介護支援専門員、介護職	2回	有	感染症等への取り組み検証及び重点取り組みについて
(事故発生防止検討委員会)	施設長、看護師、介護職員、介護支援専門員、介護職	2回	有	事故状況、重点目標について

（その他の職員会議・委員会等） 給食会議	施設長、介護職員、介護支援専門員、看護師、栄養士、調理師	毎月1回	有	献立についての反省・意見、行事食の検討、個人対応食事の確認

(5) 入所者等に対する施設処遇等の実施状況

(7) 食事時間	朝 食		8 時 00 分
	昼 食		12 時 00 分
	夕 食		17 時 30 分
(イ) 床ずれの状況	入所前 から	治療中	0 人
		完治	0 人
	入所後 発症	治療中	0 人
		完治	0 人
(ウ) ポータブルトイレ使用者数			0 人
(エ) トイレ誘導者数			16 人
	(誘導回数)	10 回	16 人
	(誘導回数)	8 回	人
	(誘導回数)	2 回	人
(オ) おむつ使用者数			10 人
	(交換回数)	8 回	10 人
	(交換回数)	3 回	人
	(交換回数)	回	人
うち夜間のみ			人
(カ) 車いす使用者数			12 人
	施設所有 車椅子使用		9 人
	個人所有 車椅子使用		3 人
(キ) 車いす施設所有台数			13 台
(ク) 入浴の実施状況	一般入浴	(入所者一人当たり)	週 2 回
		対象者数	13 名
		入浴日	曜日 10 時～16 時
	特殊入浴	(入所者一人当たり)	週 2 回
		対象者数	6 名
		入浴日	曜日 10 時～16 時
当日入浴できない場合の 処遇状況 (該当するものに チェック)		<input checked="" type="checkbox"/> 当日、全身清拭を行う <input checked="" type="checkbox"/> 可能となった時に入浴を行っている <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	

(6) 機能訓練の実施状況

個別訓練	担当者	職種	看護師
		氏名	青柳 しのぶ
	曜日		月～金
	時間		10:00～
	1日の平均対象人数		3名
	主な内容		下肢機能訓練、歩行訓練
	1人あたり週平均実施回数		1回
集団訓練	担当者	職種	介護職員
		氏名	柴山 到
	曜日		月～日
	時間		10:00～
	1日の平均対象人数		10名
	主な内容		お手玉・輪投げ・かるた・棒体操 ラジオ体操
	1人あたり週平均実施回数		7

(7) 内容及び手続きの説明及び同意等

◎サービス提供に際し内容及び手続きの説明及び同意

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
秘密の保持	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
事故発生時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
苦情処理の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
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

◎事業所内の掲示

	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	1階こぶし 入口前右側の掲示板
従業員の勤務の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	同上
サービスの選択に資すると認められる重要事項	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	同上
苦情処理の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	同上

(8) 身体拘束の状況

[単位：人]

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
身体拘束した件数													
内、記録を行っている件数													

(9) 地域との連携

(7) 運営推進会議の開催状況	開催回数6回		
	実施月日		
	① 5月14日	② 7月16日	③ 9月17日
	④ 11月19日	⑤ 2月18日	⑥ 3月17日
(4) 地域住民、町内会、ボランティア等との連携状況について	保育園との交流、ボランティア受け入れ（折り紙）各行事での参加		

(10) 利用料（入所者の負担額）

居住費（日額）	（0～370）円	
食費（日額）	（300～1,380）円	
その他の費用と徴収方法		
名 目	徴 収 方 法	金 額（円）
① 理美容代	預かり金から徴収 ※予め利用有無を確認し希望に応じ実施し、その後預かり金より清算	
② 特別な居室の提供を行ったことに伴い必要になる費用		
③ 特別な食事の提供を行ったことに伴い必要になる費用		
④ その他		

注 法令で定められている利用料（1割負担分）以外に利用者から徴収している費用について記入すること。

(11) 預り金の出納管理の状況

(ア) 利用者等との契約等により預り金を取り扱っているか	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
------------------------------	---

「取り扱っている」場合

(イ) 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されているか	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
(ロ) 適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制が整っているか	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
(ハ) 入所者等との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳等、必要な書類等が備えられているか	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

(12) その他

(ア) 協力医療機関	医療法人社団 尾形病院
(イ) 協力歯科医療機関	青山歯科医院
(ロ) 市町村との連絡状況	
(ハ) 入所者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
(ニ) 家族の面会時間設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（ 9 時～20 時） <input type="checkbox"/> 無

5 入所者の概要

(1) 4 月 1 日時点の入居者の概要

(ア) 入所人数		19 人
(イ) 性別	男性	6 人
	女性	13 人
(ロ) 要介護度	要介護 1	5 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	3 人
(ハ) 第 2 号被保険者		0 人
(ニ) 生活保護受給者		1 人
(イ) 入所者の年齢	平均年齢	82.16 歳
	最低年齢	67 歳
	最高年齢	95 歳

(2) 利用状況

各月月末時点での入所者数

[単位：人]

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
17	18	17	19	19	19	18	19	18	17	18	18	217

注 各月の人数を記入すること。

6 建物の概要

(7) 建物状態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型	
(イ) 建物構造	(鉄筋コンクリート)造り (2階建ての1階部分)	
(ウ) 広さ	敷地面積 (2,373.98) m ² 延床面積 (1,423.50) m ²	
(I) 居室	1人あたりの床面積 (12.96) m ² ～ (13.20) m ²	
	二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

7 介護サービス給付費の算定状況

(1) 看護体制加算

★4月1日時点の概要

看護職員氏名	資格	勤務形態
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務

(2) 夜勤職員配置加算

★平成27年度の状況

各月の実績の勤務表をもとに、常勤換算数とその割合を記入

	H27									H28		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
延べ夜勤時間数 a	960	992	960	992	992	960	992	960	992	992	928	992
割合 a/(日数×16)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

〈注〉割合は、②÷①×100、小数点以下第2位まで（小数点以下第3位を切り捨て）。

(3) 個別機能訓練加算

★4月1日時点の概要

機能訓練指導員氏名	資格	勤務形態
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> その他

(4) 栄養マネジメント加算・療養食加算

★4月1日時点の概要

栄養士氏名	資格	勤務形態
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務 他の事業所で兼務している場合は事業所名と職種 ()
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務 他の事業所で兼務している場合は事業所名と職種 ()

（５）サービス提供体制強化加算及び日常生活継続支援加算

サービス提供体制強化加算または 日常生活継続支援加算を算定しているか	サービス提供体制強化加算 □加算Ⅰ（イ） □加算Ⅰ（ロ） ■加算Ⅱ □加算Ⅲ	⇒（ア）へ
	日常生活継続支援加算 □あり	⇒（イ）へ
	□なし	

（ア）サービス提供体制強化加算

★ 平成 27 年度の状況

各月の実績の勤務表をもとに、常勤換算数とその割合を記入（全て小数第 1 位まで）

【算定している場合は、平成 27 年 2 月分の実績の勤務表（シフト・時間）を添付してください】

	H26									H27		4～2月
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	平均
①	10.2	11.6	10.8	10.8	10.6	11.5	11.5	11.5	11.5	13.0	13.7	11.51④
②	8.7	8.7	8.5	8.5	8.5	7.5	8.5	9.0	9.5	9.6	9.6	9.35⑤
割合 (%)												81⑥

- ＜注＞・加算Ⅰ（イ・ロ）は、①に介護職員の総数（常勤換算数）、②に介護福祉士の数（常勤換算数）。
- ・加算Ⅱは、①に看護・介護職員の総数（常勤換算数）、②常勤職員の数（常勤換算数）。
 - ・加算Ⅲは、①に直接提供する職員の総数（常勤換算数）、②勤務年数3年以上の者の数（常勤換算数）。
 - ・常勤換算数は、小数第1位まで（小数点第2位以下を切捨て）。
 - ・割合（%）は、②÷①×100、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を四捨五入）。
 - ・⑤（4～2月までの平均割合）は、④（②の4～2月分平均）÷③（①の4～2月分平均）×100、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を四捨五入）。

（イ）日常生活継続支援加算

★ 平成 27 年度の状況

各月の実績の勤務表をもとに、常勤換算数とその割合を記入（全て小数第 1 位まで）

【算定している場合は、平成 26 年 9 月分の実績の勤務表（シフト・時間）を添付してください】

		H26									H27		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入 所 者 数	要介護 4・5												
	日常生活自立度 ⅢⅣⅤⅥ												
	たんの吸引等が 必要な者												
介護福祉士の数 (常勤換算数)													

- ＜注＞・入所者数欄は、加算を算定している項目を記入。入所者数は各月末時点。
- ・介護福祉士の常勤換算数は、小数第1位まで（小数点第2位以下を切捨て）。

（６）その他

（ア）経口移行加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

（イ）経口維持加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

（ウ）退所前訪問相談援助加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

（エ）退所後訪問相談援助加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

（オ）退所時相談援助加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

（カ）退所前連携加算（加算）の状況

〔単位：人〕

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計

＜注＞ 各月に算定した人数を記入すること。

8 介護職員処遇改善の状況

(1) 賃金改善計画

介護職員処遇改善加算を算定しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
対象者数	人	
賃金改善	<input type="checkbox"/> 基本給	一人当たりの増加額 月額平均（ 円）
	<input type="checkbox"/> （ 手当）	一人当たりの増加額 月額平均（ 円）
	<input checked="" type="checkbox"/> 賞与（一時金）	一人当たりの増加額 平均（ 円）

賃金以外の 処遇改善 （平成21年4月以 降に実施（実施予 定））	処遇全般	<input checked="" type="checkbox"/> 賃金体系等の人事制度の整備 ・ 非正規職員から正規職員への転換 ・ 短時間正規職員制度の導入賃金体系等の人事制度の整備 <input checked="" type="checkbox"/> 昇給又は昇格等の要件の明確化 ・ 休暇制度、労働時間等の改善 ・ 職員の増員による業務負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	教育・研修	<input type="checkbox"/> 人材育成環境の整備 ・ 資格取得、能力向上のための措置 <input checked="" type="checkbox"/> 能力向上が認められた職員への処遇、配置の反映 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	職場環境	<input checked="" type="checkbox"/> 出産、子育て支援の強化 ・ ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化 <input type="checkbox"/> 事故、トラブルへの対応マニュアル等の作成 ・ 介護補助器具等の購入、整備等 <input checked="" type="checkbox"/> 健康診断、腰痛対策、こころの健康等の健康管理面の強化 ・ 職員休憩室、喫煙スペース等の整備 <input type="checkbox"/> 労働安全衛生対策の充実 ・ 業務省力化対策 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	その他	（ ）

9 業務管理体制の整備の状況

(1) 業務管理体制（介護保険法115条の32）に係る届出状況

(7) 業務管理体制の届出（既存法人の場合は当該施設の追加）を北海道知事（提出先：石狩振興局社会福祉課）へ提出しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> 提出している <input type="checkbox"/> 提出していない
(イ) （届出内容より）法令遵守責任者氏名	米山 利史
(ウ) （指定を受けている事業所が予防を含めて20以上の事業者の場合）法令遵守規程を整備しているか	<input checked="" type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない

10 介護保険制度に関する意見・要望

この報告書は介護保険法第23条及び第78条の7の規定に基づき報告を求めるものです。提出しない場合や虚偽の報告をしたときは、同法第78条の10の規定により指定取消し等の対象となります。