

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)

恵庭市長 様

次のとおり資料を添えて提出します。

作成年月日 令和2年7月10日

1 事業所の概要

法人名	社会福祉法人 健美会			
事業所名	地域密着型特別養護老人ホームふる里えにわ さくら			
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			
記入者	職名	施設長	氏名	米山利史

2 職員の状況 (令和2年5月1日時点の状況)

	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		
非常勤				1						1
	介護支援専門員		介護職員		看護職員		介護職員+看護職員		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
常勤		1	9			1	9	1	2	
非常勤			4			1	4	1		

3 自己評価の実施 (前年度)

(1) 自己評価の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	実施時期	令和元年10月
-------------	---------------------------------------	----------------------------	------	---------

4 非常災害対策

(1) 消防計画を作成していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	作成日	平成26年7月18日
(2) 非常災害に関する計画を策定していますか。	<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		
(3) 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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(4) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(5) 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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(6) 避難訓練の実施 (前年度)	①令和元年8月30日	②令和元年11月15日	
想定	時間	① <input checked="" type="checkbox"/> 日中 ・ <input type="checkbox"/> 夜間	② 日中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 夜間
	種別	火災・ <input checked="" type="checkbox"/> 地震・その他 ()	火災・ <input checked="" type="checkbox"/> 地震・その他 ()

5 身体的拘束等の適正化の取組

(1) 身体拘束を行っている利用者はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
(はいの場合) 身体的拘束の記録を整備していますか。	・身体拘束の態様及び時間	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・利用者の心身の状況	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・緊急やむを得ない理由	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会	<input type="checkbox"/> 4月	<input checked="" type="checkbox"/> 5月	<input type="checkbox"/> 6月	<input checked="" type="checkbox"/> 7月
※前年度の開催した月にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 10月	<input checked="" type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月
	<input checked="" type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> 3月		
(3) 身体的拘束等の適正化のための研修	<input type="checkbox"/> 4月	<input type="checkbox"/> 5月	<input type="checkbox"/> 6月	<input checked="" type="checkbox"/> 7月
※前年度の開催した月にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input checked="" type="checkbox"/> 12月
	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> 3月		

注1 身体的拘束等を行う場合に身体拘束の態様及び時間、利用者の心身の状況及び緊急やむを得ない理由を記録していない場合は、介護報酬の減算となります。

注2 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1度以上開催しなかった場合は、介護報酬の減算となります。

注3 身体的拘束等の適正化のための研修は、年2回以上実施しなければ減算となる場合があります。

この報告書は介護保険法第23条及び第78条の7、第115条の17の規定に基づき報告を求めものです。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及び第115条の19の規定により指定取消し等の対象となります。