

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	社会福祉法人様似福祉会		
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
法人電話番号	0146-36-3126		
事業所名称	特別養護老人ホーム様似ソビラ荘		
事業所所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
事業所電話番号	0146-36-3126		
電子メールアドレス	spgq8s59@bell.ocn.ne.jp		
記入者	所属	社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘	
	職名	事務長	氏名 九里 隆広
定員	60	人	
現員	49	人	
短期入所の実施(有/無)	有	(事業所名 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘)	
併設施設・事業所(有/無)	有	(種別及び名称 様似ソビラ荘短期入所生活介護事業所)	

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
水上 香織	01140215	令和7年3月5日			
佐々木 弘和	01220031	令和10年3月31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、事務長、指導課長 介護長、主任生活相談員 主任介護員、主任看護師 主任栄養士、介護支援専門員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	身体拘束の原因と対策、家族との連絡
(感染症・食中毒の対策委員会) 感染症対策委員会	施設長、事務長、指導課長 介護長、主任生活相談員 主任介護員、主任看護師 主任栄養士、介護支援専門員	年4回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任看護師	感染症及び食中毒に対する予防策
(事故発生防止検討委員会) 事故防止委員会	指導課長、主任生活相談員 介 介護支援専門員、看護師 介 職員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	発生原因の解明と防止策の検討
(その他の職員会議・委員会等) 職員会議	全職員 間管理人・パート職員除く) (夜	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事務長	行事予定、規程改正、施設の運営等
主任者会議	施設長、事務長、指導課長	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事務長	施設の運営について
行事運営定例会議	介護長、主任生活相談員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任生活相談員	毎月の行事内容について
給食運営委員会	主任介護員、主任看護師 主任栄養士、介護支援専門員	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主任栄養士	入居者の食事全般について
ケアカンファレンス	主任生活相談員、看護師 商 介護支援専門員、介護職員 商 科衛生士(口腔ケア委員会)	月1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護支援専門員	入居者のサービス計画の見直しについて
口腔ケア委員会		年2回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		口腔内の衛生管理について

※ 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	3人
	養護老人ホーム	人
	軽費老人ホーム	人
	認知症高齢者グループホーム	1人
	その他	1人
	小計	2人
	介護老人保健施設	人
	病院・診療所	5人
	その他	人
	合計	10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
	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	2人
	死亡	12人
	その他	人
合計	14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	11		38		49
平均年齢	85.5		91.2		

※ 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

6月未満	4
6月以上1年未満	5
1年以上3年未満	16
3年以上5年未満	16
5年以上10年未満	7
10年以上	1
合計	49

ウ 定員

入所定員	特例利用者がいる場合の上限
60人	63人

※

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	1,560	1,545	1,476	1,537	1,474	1,433		
平均	52	50	50	50	48	48		
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
延数	1,516	1,491	1,569	1,477	1,260	1,432	17,770	
平均	49	50	51	48	45	47		

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いるときは、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)

48.7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				1	24	14	14		53
5				1	24	13	15		53
6				1	23	13	12		49
7				1	23	14	12		50
8				1	22	15	12		50
9				1	21	16	12		50
10				1	24	13	12		50
11				1	24	13	12		50
12				1	25	13	12		51
1					24	15	10		49
2					21	15	10		46
3					19	17	11		47

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							不 明	
		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		
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	21	2	2	7	6	4			
	要介護4	16			10	4	2			
	要介護5	12				3	9			
	計	49	2	2	17	13	15	0	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ます。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。

介護保険施設等現況報告書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要		記入年月日 令和 5 年 4 月 日
法人名	社会福祉法人様似福祉会	
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地	
法人電話番号	0146-36-3126	
事業所名称	様似ソビラ荘短期入所生活介護事業所	
事業所番号	0173800194	
事業所所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地	
事業所電話番号	0146-36-3126	
電子メールアドレス	spgq8s59@bell.ocn.ne.jp	
記入者	所属 社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘	氏名 九里 隆広
	職名 事務長	

2 (1) 利用者の状況(前年度)

		居 宅 サ ー ビ ス (人)	介 護 予 防 サ ー ビ ス (人)	計
4 月	実人員	7	1	8
	延利用数 ()	184	29	213
	平均利用者数	7	1	8
5 月	実人員	8	1	9
	延利用数 ()	183	30	213
	平均利用者数	6	1	7
6 月	実人員	7	1	8
	延利用数 ()	160	30	190
	平均利用者数	6	1	7
7 月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	195	0	195
	平均利用者数	7	0	7
8 月	実人員	7	0	7
	延利用数 ()	199	0	199
	平均利用者数	7	0	7
9 月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	198	0	198
	平均利用者数	7	0	7
10月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	228	0	228
	平均利用者数	8	0	8
11月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	228	0	228
	平均利用者数	8	0	8
12月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	177	0	177
	平均利用者数	6	0	6
1 月	実人員	4	0	4
	延利用数 ()	101	0	101
	平均利用者数	4	0	4
2 月	実人員	6	0	6
	延利用数 ()	114	0	114
	平均利用者数	5	0	5
3 月	実人員	8	0	8
	延利用数 ()	204	0	204
	平均利用者数	7	0	7
計	実人員	87	3	90
	延利用数 ()	2171	89	2260

(2) 利用定員
(単独型・併設型の場合)

16	人
----	---

※1 各月ごとの利用実人員を記入すること。()内は延べ利用回数を記載してください。

※2 平均利用者数は、当該月の利用者延数÷当該月の日数

※3 小数点以下を切り上げてください。

(3) 前年度の利用者等平均

6.2	人
-----	---

※1 前年度の利用者延数/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。

3 添付資料

当該年4月における勤務表の写し(従業員の日々の勤務時間、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)または従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

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たものです。
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。

介護保険施設等現況報告書

(通所介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要 記入年月日 令和 5 年 4 月 日

法人名	社会福祉法人様似福祉会		
法人所在地	北海道様似郡様似町朝日丘45番地		
法人電話番号	0146-36-3126		
事業所名称	様似デイサービスセンター		
事業所番号	0173800194		
事業所所在地	北海道様似郡様似町大通2丁目98番地の2		
事業所電話番号	0146-36-5566		
電子メールアドレス	qq9v593d@peace.ocn.ne.jp		
記入者	所属	社会福祉法人様似福祉会 特別養護老人ホーム様似ソビラ荘	
	職名	事務長	氏名 九里 隆広

2 (1) 利用者の状況(前年度)

月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均	月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均
4月	53	334	16	10月	47	322	16
5月	48	264	12	11月	47	346	16
6月	48	330	15	12月	44	326	15
7月	53	327	16	1月	43	331	18
8月	61	268	12	2月	50	297	15
9月	71	269	13	3月	47	369	17
				計	612	3783	

(2) 利用定員

35	人
----	---

※1 各月ごとの利用実人員を記入すること。()内は延べ利用回数を記載してください。

※2 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)。

3 非常災害対策(4月1日現在の利用者数:(人))

定員(A)	要介護3~5の利用者数(B)	割合(B/A)
35	10	28.6%

※ 防火安全対策について、「要介護状態区分が3~5」の入居者が、施設全体の定員の半数以上であることを目安として、消防法施行令上の義務が生じる場合があるので、地元の消防機関に確認のうえ、別添「現況報告書(非常災害対策)」を記載してください。

4 添付資料

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)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

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。