地域密着型サービス等事業者現況報告書

（小規模多機能型居宅介護）

湧別町長　　　様

次のとおり資料を添えて提出します。

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成年月日　　　　年　　　月　　　日

**１　事業所の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名称 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 代表者氏名 |  | 役職名 |  | ※認知症対応型開設者研修修了者 |
| 業務管理体制に係る法令順守責任者氏名 |  |
| 高齢者虐待防止対策の担当者氏名 |  |
| 記 入 者 | 職　　名 |  | 氏　　名 |  |

**２　職員等の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)管理者 | 氏　名 |  | 就任年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研　修 | 認知症対応型サービス事業管理者研修認知症介護実践研修（実践者研修）認知症介護実務者研修（基礎課程）その他研修名(　　　　　　　　 　 　　　　) | 受講年月 　　　　年　　月受講年月 　　　　年　　月受講年月 　　　　年　　月受講年月 　　　　年　　月 |
| 当該事業所で兼務している場合の他の職種 |  |
| 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 |  |
| 職　　種 |  |
| (2)介護支援専門員 | 氏　名 |  | 就任年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 研　修 | 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修その他研修名(　　　　　　　　 　 　　　　) | 受講年月 　　　　年　　月受講年月 　　　　年　　月 |
| 介護支援専門員資格 | □有　・　□無 | 登録年月日 | 年 　　月 　　日 |
| 有効期限 | 年 　　月 　　日 |
| 勤務形態 | □常勤　・　□非常勤　　　　　　　□専従　・　□兼務 |
| 当該事業所で兼務している場合の他の職種 |  |
| 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 |  |
| 職　　種 |  |
| (3)介護従業者 | 合計　　　　　　人内訳　常勤・専従　　　　人常勤・兼務　　　　人 | 非常勤・専従　　　　人非常勤・兼務　　　　人 | （看護師の資格）正看護師　　　人准看護師　　　人 |

注１　当該年度の４月１日現在の状況を記入すること。

注２　従業者の勤務体制及び勤務携帯一覧表（当該年度の４月分実績）を添付すること。

**３　非常災害対策等の状況**

(１)　非常災害対策の取組状況

|  |  |
| --- | --- |
| 非常災害計画（避難確保計画）の策定状況 | □有（策定　　　　年　　　　月）・□無 |
| 想定している自然災害 | 　□地震・□風水害・□津波・□土砂災害・□その他（　　　　　　　　　　） |
| 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。 | □はい　・　□いいえ |
| 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。 | □はい　・　□いいえ |

(２)　避難訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 実施月 | 想定災害 | 想定時間 | 地域住民の参加 |
| 避難訓練 | 月 | □火災・□地震・□風水害・□その他(　　　　　) | □日中・□夜間 | □有 ・ □無 |
| 月 | □火災・□地震・□風水害・□その他(　　　　　) | □日中・□夜間 | □有 ・ □無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　　　回 | 実施予定月 　　 月 |

注　前年度１年間の実施状況と本年度の実施予定回数及び予定月を記入すること。

(３)　防火管理者（責任者）・消防計画等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 防火管理者（責任者）の氏名 | 　 | （届出　　　　　年　　　月） |
| 消防計画等の策定状況 | □有（策定　　　　年　　　　月）・□無 |

注　消防法により防火管理者・消防計画を定める必要がある場合は届出年月を記入すること。

(４)　業務継続に向けた取組状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務継続計画の策定状況 | 感染症に係る計画 | □有（策定　　　　年　　　　月）・　□無 |
| 災害に係る計画 | □有（策定　　　　年　　　　月）・　□無 |
| 研修の実施 | 感染症　　□有 ・ □無 | 災害　　□有 ・ □無 | 実施回数　　　　　　　回 |
| 訓練の実施 | 感染症　　□有 ・ □無 | 災害　　□有　・ □無 | 実施回数　　　　　　　回 |

注1　研修及び訓練の実施状況は、前年度１年間について記入すること。

注2　感染症及び災害に係る研修若しくは訓練を一体的に実施している場合は、両方を有としてください。回数

は、感染症・災害に関わらず研修若しくは訓練を実施した回数を記載してください。

(５)　 感染症の予防及びまん延防止のための対策の取組状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委員会の開催状況 | □有（　　　回）・□無 | 指針整備 | □有（　　　年　　　月）・　□無 |
| 研修の実施 | □有（　　　回）・□無 | 訓練（シミュレーション）の実施 | □有（　　　回）・□無 |

注　委員会の開催、研修及び訓練の実施状況は、前年度１年間について記入すること。

(６)　虐待の防止対策の取組状況

|  |  |
| --- | --- |
| 運営規程に虐待の防止のための措置に関する事項の規定状況 | □規定済 ・　□未規定 |
| 委員会の開催状況 | □有（　　　回）・□無 | 指針整備 | □有（　　　年　　　月）・　□無 |
| 研修の実施 | □有（　　　回）・□無 | 担当者の配置 | □はい　・　□いいえ |

注　委員会の開催、研修及び訓練の実施状況は、前年度１年間について記入すること。

(７)　勤務体制確保の取組状況

|  |  |
| --- | --- |
| 男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策の強化（方針明確化・相談体制整備等） | □有　・　□無 |

**４　身体拘束の状況（※R7.3.31まで努力義務、R7.4.1より義務化）**

|  |  |
| --- | --- |
| (1)　身体拘束を行っている利用者はいますか。 | 　□はい（前年度実人数　　　　人）　・　□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　　□はい　・　□いいえ・利用者の心身の状況　　　　　□はい　・　□いいえ・緊急やむを得ない理由　　　 □はい　・　□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（前年度の開催月） | □４月・□５月・□６月・□７月・□８月・□９月□10月・□11月・□12月・□1月・□2月・□3月 |
| (3)　身体的拘束等の適正化のための研修（前年度の開催月） | □４月・□５月・□６月・□７月・□８月・□９月□10月・□11月・□12月・□1月・□2月・□3月 |
| (4)　身体拘束の適正化のための指針の整備 | □有（　　　年　　　月）・　□無 |

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。

**５　介護サービスの質の評価実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己評価の実施 | □有　・　□無 | 実施時期 | 年　　　　月 |

注　前年度の実施状況を記入すること。

**6　家族・地域との連携**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営推進会議の設置 | 　□　有（開催回数　　　　　回）　・　□　無 |
| 利用者家族や地域との連携状況 |  |

注１　前年度１年間の実施状況について記入すること。

注２　事業所の運営などに関して、利用者の家族や地域住民、町内会、ボランティア等との連携状況について記入すること。

**7　その他取組の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置 | □有（　　　　人）　・　□無 |

注　措置の有無は、4月1日現在の状況を記載し、有りの場合は( 　人)に前年度1年間で受講させた人数を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外国人の雇用状況 | □雇用あり ・ □雇用なし | 雇用している人数 | 　　　　　　　　　　人 |
| 従事している内容別人数 | 介護業務　　　人 ・ 介護補助　 人 ・ その他（事務・調理・清掃等）　　　　人 |

注1　外国人の雇用状況は、当該施設・事業所で就労している場合に記入してください。

注2　雇用なしの場合は、雇用している人数、従事している内容別人数の記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 運営規程の重要事項等のインターネット上の公表状況 | * 有（　　　　　　　　　　　）・ 無 □
 |

注1　4月1日現在の状況で記載してください。

注2　有の場合は、( )内に公表場所（法人HP・情報公表システム等）を記載してください。

**◎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るものです。提出しない場合や基準違反が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただきます。**