地域密着型サービス等事業者現況報告書

（居宅介護支援）

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 |  |
| 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　介護支援専門員の員数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 専　従 | 兼　務 |
| 常　 勤 |  |  |
| 非常勤 |  |  |
| 常勤換算後の員数 |  |

注１　当該年度の４月１日現在の状況と４月の常勤換算人数（小数点第2位以下切捨て）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　当該事業所に勤務する介護支援専門員の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)管理者 | 氏　　　　　名 |  |
| 当該事業所で兼務する職種 |  |
| (2)介護支援専門員 | 氏　　　　　名 | 介護支援専門員登録番号 | 有効期限 | 勤務形態 | 主任介護支援専門員 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |

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　勤務形態については、　常勤専従・非常勤専従・常勤兼務・非常勤兼務のいずれかを記入してください。

**４　利用者の状況（前年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
| 要介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注　前年度１年間の各月の実人員を記入すること。

**4　非常災害対策等の状況**

1. 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。

(２)　 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。

(３)　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。

(４)　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 |

**５　苦情の状況**

【前年度苦情件数　　　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情の内容 | 処理状況 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注　前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

**６　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。

**7　その他取組の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 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83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。**