**地域密着型サービス事業者等現況報告書**

**<（介護予防）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。

 　　　　 所在地

開設法人　　名称

代表者名 　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者 | 所　属 |  |
| 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ファックス番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | □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）□職員状況調べ□退職者及び新規採用者調べ□運営規程□重要事項説明書□契約書の様式（作成している場合）□事業所パンフレット |

**１　事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  | ファックス番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 指定年月日(注1) | 　　　　　年　　月　　日 | 指定有効期限日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 登 録 定 員 |  　　　名 | 通いサービス定　員 | 　　　　名 | 宿泊サービス定　員 | 　　　　名 |
| 同一敷地内にある他の事業所等(注２) |  |
| 介護予防サービス実施の有無 | 実施　**・**実施していない　　←いずれかに○ |
| 業務管理体制に係る法令遵守責任者氏名 |  |

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。（初めて事業を開始したときの指定年月日です。）

　 ２ 「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、地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業所、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　役員の状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　　　名 | 役職名 | 生年月日 | （フリガナ）氏　　　　名 | 役職名 | 生年月日 |
| （　　　　　　） |  | 　　　　　 年月　　日 | （　　　　　　） |  | 　　　　　 年月　　日 |
| （　　　　　　） |  | 　　　年　月　　日 | （　　　　　　） |  | 　　　年　月　　日 |
| （　　　　　　） |  | 年月　　日 | （　　　　　　） |  | 年月　　日 |
| （　　　　　　） |  | 年　月　　日 | （　　　　　　） |  | 年　月　　日 |
| （　　　　　　） |  | 年　月　　日 | （　　　　　　） |  | 年　月　　日 |
| （　　　　　　） |  | 　　　年　月　　日 | （　　　　　　） |  | 　　　年　月　　日 |

注１　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。）及び事業所を管理する者について記入してください。

２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

**３　職員の状況（４月1日時点の状況）**

**◎基本事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ｱ)管理者 | 氏　名 |  |
|  | 研修(注1) | （研修名）　　　　　　　　　　　　　　　（受講年月日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 就任年月日(注2) | 　　年　　月　　日 |
| 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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (ｲ)介護支援専門員 | 氏　名 |  |
|  | 研修(注1) | （研修名）　　　　　　　　　　　　　　　（受講年月日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 就任年月日(注2) | 　　年　　月　　日 | 介護支援専門員証の有効期間 | 　　年　　月　　日 |
| 勤務形態 | * 常勤・専従　　　　　　□　非常勤・専従
* 常勤・兼務　　　　　　□　非常勤・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 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (ｳ) 介護従業者の人数(注3)　 | 合計数　(　　　　)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　研修の欄には、下記の研修で受講した研修名を全て記入すること。

　　① 実践者研修　② 実践リーダー研修　③ 実務者研修（基礎課程）　④ 実務者研修（専門課程）

　　⑤ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修　⑥ 認知症高齢者グループホーム管理者研修

⑦ 認知症対応型サービス事業管理者研修

２　就任年月日には、雇用年月日ではなく、管理者又は介護支援専門員として配置された年月日を記入すること。

３　介護従業者の人数は、介護従業者として配置されている従業者の人数を記入すること。（管理者を兼務している従業者も含む。）

**◎確認事項**

**（1）介護従業者**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 日中の勤務時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯）における介護従業者の員数が、常勤換算法で、通いサービスの利用者３に対して１以上となっているか。　※勤務形態一覧表（シフト及び時間数）により常勤換算法で必要な人員が確保されているか、確認してください。 | はい　　　いいえ |
| (ｲ)上記(ｱ)のほかに、 日中の勤務時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯）における、訪問サービスの提供に当たる介護従業者の員数が、常勤換算法で、1以上となっているか。 | 　はい　　　いいえ |
| (ｳ) 夜間及び深夜の時間帯に、夜勤者を１以上配置しているか。 | 　はい　　　いいえ |
| (ｴ) 夜間及び深夜の時間帯に、宿直者を１以上配置しているか。 | はい　　　いいえ |

**(2) 代表者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 役職名 |  |
| 代表者は必要な研修を受講しているか。 | はい　　　いいえ |
| （代表者の研修受講歴）修了している研修にチェックすること。　　　　　　　　（ 受講年月日 ）・認知症高齢者グループホーム管理者研修　　　　　　　　　□受講済　(　　　　年　　月　　日)・認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程又は専門課程）　　□受講済　(　　　　年　　月　　日)・認知症介護実践研修（実践者研修又は実践リーダー研修）　□受講済　(　　　　年　　月　　日)・認知症介護指導者養成研修　　　　　　　　　　　　　　　□受講済　(　　　　年　　月　　日)・認知症高齢者グループホーム開設予定者研修　　　　　　　□受講済　(　　　　年　　月　　日)・認知症対応型サービス事業開設者研修　　　　　　　　　　□受講済　(　　　　年　　月　　日)  |

注　代表者は、原則として代表取締役又は理事長であるが、法人規模が大きい場合や本社が湧別町外にある場合は、当該事業所に関する実質的な人事・労務管理の責任者とする。

**５　建物の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 建物形態 | 　□ 単独型　　　　　　□ 併設型 |
| 建物構造 | （　　　　　　）造り　（　　　　階建ての　　　　階部分） |
| 広さ | 敷地面積（　　　　　　　　　）㎡　　　床面積（　　　　　　　　　）㎡居間及び食堂の合計面積（　　　　　　　　　）㎡宿泊室の床面積（　　　　　　　　　）㎡個室以外の宿泊室の合計面積（　　　　　　　　　）㎡ |
| 所有の状況（注１） | 法人所有（土地・建物）　　　賃借（土地・建物） |
| 消防用設備等（注２） | □ 自動火災報知設備　　□ 火災通報装置 　□ スプリンクラー設備□ 自動火災報知設備と火災通報装置の連動　 □ AED（(動体外式除細動器) |

注１　所有状況は（土地・建物）のうち、該当するものに○を付けること。

２　「消防用設備等」欄は該当するものにレ印を付けること。

**６　利用者の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の利用者の状態 | 登録人数（　　　　名）　【男性（　　　　名）・女性（　　　名）】 |
| 要支援１（　　　　名）　　要支援２（　　　　名）　 |
| 要介護１（　　　　名）　　要介護２（　　　　名）　　要介護３（　　　　名） |
| 要介護４（　　　　名）　　要介護５（　　　　名）　 |
| （再掲） | 第２号被保険者（　　　　　名）　　生活保護受給者（　　　　名） |

**利用者の状況（前年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月末登録者数 | 通いｻｰﾋﾞｽ回数 | 訪問ｻｰﾋﾞｽ回数 | 宿泊ｻｰﾋﾞｽ回数 | 合　計 | 週当平均回数 |
| ４月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ５月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ６月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ７月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ８月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ９月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 10月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 11月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 12月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| １月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ２月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| ３月 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 計 | 人 | 回 | 回 | 回 | 回 |  |

　＊通いｻｰﾋﾞｽ：１人の登録者が１日に複数回通いｻｰﾋﾞｽを利用する場合は、複数回の算定をします。

　＊訪問ｻｰﾋﾞｽ：１回の訪問を１回のｻｰﾋﾞｽ提供として算定します。

　＊宿泊ｻｰﾋﾞｽ：１泊を１回として算定します。ただし、通いｻｰﾋﾞｽに引き続いて宿泊ｻｰﾋﾞｽを行う場合は、それぞれを１回とし、計２回として算定します。

**７　苦情の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 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してください。

**８　事故等の発生状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 前年度事故発生件数 | （　　　　　　）　件 | (ｲ) 前年度ﾋﾔﾘﾊｯﾄ発生件数 | （　　　　　　）　件 |

**９　身体拘束の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 身体拘束や入居者の行動を制限する行為（身体拘束等）が行われている入居者がいるか。 | はい　 　いいえ |
| （はいの場合）　・身体拘束等の具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 拘束している入居者の人数（　　　）人 |
| ・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急止むを得ない理由を記録しているか。＊記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」などを参考として適切な記録を作成し保存してください。 | はい 　いいえ |
| 　・身体拘束を行う場合には、「身体拘束廃止委員会」などを設置し、事業所全体で身体拘束廃止に取り組むとともに改善計画を作成しているか。 | はい　　いいえ |

**10　自己評価の実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 自己評価は年に１回実施しているか。 | はい　　いいえ | 直近の実施年月日 | 　　年　　月　　日 |
| (ｲ) 自己評価結果について、以下①～④のとおり公開しているか。①入居者の家族へ交付　　　　　　　　　　　　②事業所内の見やすい場所に掲示③重要事項説明書に添付して入居申込者に説明　④運営推進会議にて結果を開示 | はい　　　いいえ |

**11　非常災害対策の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 消防計画を作成しているか。 | はい　　　いいえ | 作成日 | 　　　　年　　月　　日 |
| (ｲ) 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。 | はい　　　いいえ |
| (ｳ) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。 | はい　　　いいえ |
| (ｴ) 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。 | はい　　　いいえ |
| (ｵ) 前年度避難訓練の実施日 | ① 　　　　年　　月　　日 | ② 　　　　年　　月　　日 |
| (ｶ) 防火管理責任者 | 氏名 |  | 職 種 |  |

**12　地域との連携**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 前年度における運営推進会議の開催状況 | 開催回数　　　　　回（上記の内、町又は地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員が参加した回数　　　　　回） |
| 実施年月日※全て記入すること。　　 |
| (ｲ) 地域住民、町内会、ボランティア等との連携状況について |  |

**13　職員研修の実施状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 開催年月日 | 研修内容 | 講師等 | 参加職種 | 参加人数 |
| 内部研修 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 計　　 人 |
| 外部研修 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 計　　 人 |

＊記入欄が足りない場合には、適宜追加してください。

この報告書は介護保険法第23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。