地域密着型サービス事業者等現況報告書

（地域密着型通所介護）

　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 | 年　　月　　日 |
| 併設事業所(注2) |  | | |
| 利用定員 | 単位毎の定員 ①　　　　　人：②　　　　　人：③　　　　　人 | | |
| 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○ | |

　注１　「指定年月日」欄は、町長から指定を受けた年月日を記入すること。

　注２　「併設事業所」欄は、同一敷地内に併設されている居宅サービス事業所（介護予防サービス事

　　　　　　業所を含む。）、地域密着型サービス事業所（地域密着型介護予防サービス事業所を含。）

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、社会福祉施設、保険医療機関

の名称を記入すること。

**２　役員及び管理者の状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 |
| （　　　　　　） |  | 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　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（　　　　　　）㎡  延床面積　１階（　　　）㎡・２階（　　 　）㎡・３階（ 　　　）㎡ |
| 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。

**４　職員の概要（4.1現在）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 氏　名 | |  | | | | 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 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
|  | 管理者 | | | | 生活相談員 | | | 看護職員 | | | 介護職員 | |
| 専　従 | 兼　務 | | | 専　従 | 兼　務 | | 専　従 | 兼　務 | | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤 |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |
| 非常勤 |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |
|  | 機能訓練指導員 | | | | 管理栄養士 | | | 言語聴覚士 | | | 歯科衛生士 | |
| 専　従 | 兼　務 | | | 専　従 | 兼　務 | | 専　従 | 兼　務 | | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤 |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |
| 非常勤 |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |

　注１　「就任年月日」欄は、管理者に就任した年月日を記入すること。

　注２　別紙「退職者及び新規採用者調べ」を添付すること。

**５　利用者の状況**（前年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 利用者  （人） | (再掲)（注１） | | | | （参考記載）  介護予防通所介護及び通所型サービス利用者数 |
| 第２号  被保険者 | 生活保護受給者 | 他市町村  被保険者 | 住所地  特例者 |
| ４月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　 　　　） |
| ５月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　 　　 　） |
| ６月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　 　　　） |
| ７月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　 　　　） |
| ８月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　 　　 　） |
| ９月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| １０月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| １１月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| １２月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| １月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| ２月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| ３月 | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |
| 合計  (注2) | 実 人 員 |  |  |  |  |  | ( ) |
| 延利用数 | （ 　　　 　） |

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入すること。

注１　（再掲）欄には実人数のみ記入すること。

注２　（参考記載）欄には上段に実人数を記載し、（　）内は延べ利用回数を記入すること。

注３　「合計」欄の実人数は各月の平均数を、延利用数は各月の延利用数の合計を記入すること。

**他市町村保険者の内訳**（前年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |

**住所地特例者の内訳**（前年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |
| 市町村名 |  | 利用者実人員 | 人 |

**６　通常の事業実施地域以外で送迎を実施した地域及び人員**（前年度）

|  |
| --- |
|  |

　注　運営規程で定める通常の事業実施地域以外で、送迎を行った地域と実人員を記入すること。

**７　介護サービスの質の評価（自己評価）の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 自己評価の実施時期 | 年　　月　　日 |

注　直近の実施終了日を記入すること。

**８　家族・地域との連携**

|  |  |
| --- | --- |
| 家族との連携（注1） |  |
| 運営推進会議の設置 | □　有　　　　□　無 |
| 運営推進会議の開催回数 | 回 |
| 地域との連携（注2） |  |

注1　利用者の処遇や事業所の運営などに関しての家族との連携状況について記入すること。

注2　利用者の処遇や事業所の運営などに関しての地域住民、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。

**９　苦情の状況**（主な内容及び処理状況）　　　　　　　　　　　　　　　前年度苦情件数　　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
|  | （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。

**１０　事故の発生状況**（主な内容及び処理状況）　　　　　　　　【前年度事故発生件数　　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
| （事故の内容） | （処理状況） |

　注　前年度に発生した事故、事件等について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

**１１　非常災害対策の状況**（消防法等による規定）

（１）　各種防災訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前通報 | 消防署の立会 | 記　録 |
| 避難訓練 | 回 | 月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有 ・ 無 |
| 月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有 ・ 無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　　　回 | | | 実施予定月 　　 月 | |
| 通報訓練 | 回 | 月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有 ・ 無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　 　　回 | | | 実施予定月 　　　 月 | |
| 消火訓練 | 回 | 月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 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実施予定月を記入すること。

（２）　緊急時連絡網等の整備状況

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急時連絡網等の整備 | 有　・　無 |

（３）　防火管理者（責任者）、消防計画等及び避難訓練

|  |  |
| --- | --- |
| 防火管理者（責任者）氏名 | （届出　　　　　年　　月　　日） |
| 消防計画等の策定状況 | □有（届出　　　　　年　　月　　日）□ 無 |
| 避　　難　　訓　　練 | ①　　　　年　　月　　日　　（日中・夜間想定）  ②　　　　年　　月　　日 　（日中・夜間想定） |

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日を記入すること。

避難訓練は前年度の実施年月日を記入し，訓練で想定した火災発生時間帯を記入すること。

**１２　職員研修の実施状況**（前年度の状況）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 外部研修 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　注　研修回数が多く、上の欄に記載できない場合は、別の用紙（任意様式）に記入し添付すること。

**１３　通所介護事業所の設備を利用しての通所介護以外の宿泊サービス**

**（いわゆる「お泊まりデイサービス」）の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 宿泊サービスの実施の有無 | □有　　　　□ 無 |

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。