地域密着型サービス等事業者現況報告書

（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

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 |  | | | | | |
| 施 設 長 | 氏　　名 | |  | | 就任年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 業務管理体制に係る法令順守責任者氏名 | | | |  | | |
| 事故発生防止のための安全対策の担当者氏名 | | | |  | | |
| 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 管　理　者 | | 医　　師 | | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | |
| 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 |
| 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算 |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 栄　養　士 | | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | ユニットリーダー(再掲) | |  | |
| 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 |
| 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算 |  | |  | |  | |  | | 計 | |

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　ユニットリーダーは、ユニットごとに常勤が必要であること。（記載にはユニットリーダー研修受講は問わない）

注３　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 | | □有（策定　　　　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　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。

(５)　感染症対策の取組状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

**４　身体拘束の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (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 |

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　その他取組の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者虐待防止の推進（委員会開催・指針整備・研修実施・担当者配置等） | □有　・　□無 |
| 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 |
| 認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置 | □有　・　□無 |

注　前年度１年間の実施状況について記入すること。

**◎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。**