地域密着型サービス等事業者現況報告書

（認知症対応型共同生活介護）

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 |  | | | | | | | |
| 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | ユニット① | | | ユニット② | |
| (1)　ユニット名 | | |  | | |  | |
| (2)　入居定員 | | | 人 | | | 人 | |
| (3)  管理者 | | 氏　　名 |  | | |  | |
| 就任年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 勤務形態 | □常勤・□非常勤　　□専従・□兼務 | | | □常勤・□非常勤　　□専従・□兼務 | |
| 研　　修 | 認知症対応型サービス事業管理者研修  認知症高齢者グループホーム管理者研修  受講年月 　　　　年　　月 | | | 認知症対応型サービス事業管理者研修  認知症高齢者グループホーム管理者研修  受講年月 　　　　年　　月 | |
| 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）  受講年月 　　　　年　　月 | | | 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）  受講年月 　　　　年　　月 | |
| その他研修名(　 　 　　　　)  受講年月 　　　　年　　月 | | | その他研修名(　 　　　　)  受講年月 　　　　年　　月 | |
| (4)  計画作成担当者 | | 氏　　名 |  | | |  | |
| 就任年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 勤務形態 | □常勤・□非常勤　　□専従・□兼務 | | | □常勤・□非常勤　　□専従・□兼務 | |
| 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）  受講年月 　　　　年　　月 | | | 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）  受講年月 　　　　年　　月 | |
| その他（　　　 　 　　　　)  受講年月 　　　　年　　月 | | | その他(　　　　 　 　　　　)  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 | | | □有　・　□無  登録年月日　　　 年 　 月 　日  有効期限　　　　　　年 　 月 　日 | |
| (5)  その他職員 | 看護師・准看護師　　　　人  介護福祉士　　　　　　 　人 | | | | 訪問介護員1級　　　　 人  訪問介護員2級　　　　　人 | | |
| (6)  職員総数 | 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 |

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**（※R6.3.31まで努力義務、R6.4.1より義務化）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**（※R6.3.31まで努力義務、R6.4.1より義務化）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**（※R6.3.31まで努力義務、R6.4.1より義務化）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（氏名：　　　　　　　）・□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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)　自己評価の実施 | □有　・　□無 | 実施時期 | 年　　　　月 |
| (2)　外部評価の実施 | □有　・　□無　・　□免除 | 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  **（※R6.3.31まで努力義務、R6.4.1より義務化）** | □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。**