**令和７年度地域密着型サービス現況報告書**

**（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）**

（宛先）江別市長

　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

基準日：令和７年４月１日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成年月日　　令和７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 |  |
| E-MAILアドレス |  |

注 連絡先は、下段の事業所連絡先と同じ場合は記入不要。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 |  |

**１　事業所の概要 （４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  | ファックス番号 |  |
| E-MAILアドレス |  |
| ホームページURL(ある場合) |  |
| 指定年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 施設等の区分 | 一体型　・　連携型（連携する訪問看護事業所の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設事業所等（注1） |  |
| 通常の事業の 実施地域（注2） |  |

 注 １ 同一敷地内にある事業所・施設を記入すること。

２ 運営規程に定めている内容を記入すること。

**２　職員の状況（４月１日時点の状況）**

**(1) 管理者の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者 | 氏　名 |  |
| 就任年月日(注) |  　年 　月 　日 |
| 事業所で兼務している他の職種 |  |
| 他の事業所で兼務している職種 | 事業所名(　　　　　　　　 　　　　　　　　　)職種(　　　　　　 　　　 　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注　就任年月日には、雇用年月日ではなく管理者として配置された年月日を記入すること。

**(2) 従業者の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) オペレーターの人数 | 合計数　(　　　　)人　　うち常勤（　　）人 |
| （内訳）看護師・准看護師　　(　　)人介護福祉士　　　　　(　　)人医師　　　　　　　　(　　)人保健師　　　　　　　(　　)人社会福祉士　　　　　(　　)人介護支援専門員　　　(　　)人その他　　　　　　　(　　)人 |
| (ｲ) 定期巡回サービスを行う訪問介護員等の人数 | 合計数　(　　　　)人　　うち看護師等（　　）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 |
| (ｳ) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等の人数 | 合計数　(　　　　)人　　うち看護師等（　　）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 |
| (ｴ) 訪問看護従業者の人数　　（連携型事業所は対象外） | 合計数　(　　　　)人　　うち常勤（　　）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 |
| (ｵ)計画作成責任者 | 氏　名 |  |
| 就任年月日(注) |  　年 　月 　日 |
| 計画作成責任者の資格 | 看護師又は准看護師　・　介護福祉士　・　医師保健師　　　　　　　・　社会福祉士　・　介護支援専門員 |
| 勤務形態 | 常勤　・　非常勤専従　・　兼務 |

注　就任年月日には、雇用年月日ではなく計画作成責任者として配置された年月日を記入すること。

**３　設備の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| 建物構造 |  （　　　　　　　　）造　（　　　　）階建ての（　　　　）階部分 |
| 広さ |  事務室（　　　　　　　　）㎡　　相談室（　　　　　　　　）㎡ |
| ケアコール端末の配布 |  あり　・　なし（なしの場合の代替手段：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**４　運営の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

**(1)　自己評価・外部評価の実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 自己評価・外部評価（介護・医療連携推進会議を利用）を実施しているか。 | はい ・ いいえ | 直近の実施年月日 | 　　年　　月　　日 |
| (ｲ) 評価結果の公開状況 | ①利用者の家族へ交付している | はい　・　いいえ |
| ②事業所内の見やすい場所に掲示している | はい　・　いいえ |
| ③インターネット上で公開している | はい　・　いいえ |
| ④介護サービス情報公表システムに登録している | はい　・　いいえ |

**(2)　衛生管理**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ｱ) 感染対策委員会の直近実施日 | ① 　　　　年　　月　　日 | ② 　　　　年　　月　　日 |
| (ｲ) 「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」を作成しているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｳ) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修の直近実施日 |  　　　　年　　月　　日 |
| (ｴ) 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の直近実施日 |  　　　　年　　月　　日 |

**(3)　研修の実施状況**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ)年間研修計画を策定しているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｲ) 研修の実施回数 |  | 内部研修 | 外部研修 |
| 資格取得・キャリアアップの研修 | 回 | 回 |
| 認知症ケアについての研修 | 回 | 回 |
| 高齢者虐待防止の研修 | 回 | 回 |
| 訪問看護についての研修 | 回 | 回 |
| 事故・災害対応の研修 | 回 | 回 |
| 食中毒・感染症予防の研修 | 回 | 回 |
| その他(　　　　　　　　　 　) | 回 | 回 |
| (ｳ) 情報伝達や技術指導のための事業所内会議を開催しているか。 | はい ・ いいえ |

注　内部研修は、法人内・社内で実施した研修も含む。

**(4)　ハラスメント防止に関する措置**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) ハラスメントの内容及びハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発を行っているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｲ) 相談（苦情を含む。）に対応する担当者 | 氏名 |  | 職種 |  |

**(5)　業務継続計画**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 業務継続計画を作成しているか。 | はい ・ いいえ | 作成日 | 　　年 　月 　日 |
| (ｲ) 上記の業務継続計画には「感染症に係る業務継続計画」が記載されているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｳ) 上記の業務継続計画には「災害に係る業務継続計画」が記載されているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｴ) 業務継続計画に関する研修の直近実施日 |  　　　　年　　月　　日 |
| (ｵ) 業務継続計画に基づく訓練の直近実施日 |  　　　　年　　月　　日 |

**(6)　虐待の防止**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 虐待防止検討委員会の直近実施日 |  　　　年　　月　　日 |
| 1. 虐待の防止のための指針を整備しているか。
 | はい ・ いいえ |
| (ｳ) 虐待の防止のための研修の直近実施日 |  　　　年　　月　　日 |
| (ｴ) 虐待の防止に関する専任の担当者 | 氏名 |  | 職種 |  |

**(7)　地域との連携**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 前年度における介護・医療連携推進会議の開催状況 | ①　　　　年　　月　　日出席者：主な議題：②　　　　年　　月　　日出席者：主な議題： |
| (ｲ) 地域住民、自治会、ボランティア等との連携状況について |  |

**５　利用者の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 利用人数 | （　　　　 人） 〔 男性（　　　人） 女性（　　　人） 〕うち同一建物居住者　（　　　　　　人） |
| (ｲ) 利用者の年齢 | （平均　　　　歳） 〔（最低　　　　歳）（最高　　　　歳）〕 |
| (ｳ) 要介護度 | 要介護１ （　　　人）　要介護２ （　　　人）　 要介護３ （　　　人）要介護４ （　　　人）　要介護５ （　　　人） |
| (ｴ) 利用待機者数　　(いる場合) | 　　　　　　　人 |

**６　苦情の状況（令和６年４月～令和７年３月の主な内容及び処理状況）**

【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。

**７　事故の発生状況（令和６年４月～令和７年３月の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。

**８　サービス・報酬算定の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

**※体制届の内容ではなく、実際の算定実績の有無を記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 准看護師の訪問による減算 | なし　・　あり |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | なし　・　あり |
| 業務継続計画未実施減算 | なし　・　あり |
| 通所介護等の利用者にサービスを行った場合の減算 | なし　・　あり |
| 同一建物減算 | なし　・　あり |
| 緊急時訪問看護加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 特別管理加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| ターミナルケア加算 | なし　・　あり |
| 初期加算 | なし　・　あり |
| 退院時共同指導加算 | なし　・　あり |
| 総合マネジメント体制強化加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 生活機能向上連携加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 認知症専門ケア加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 口腔連携強化加算 | なし　・　あり |
| サービス提供体制強化加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ） |
| 介護職員等処遇改善加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ・加算Ⅳ・加算Ⅴ） |

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。