**令和７年度地域密着型サービス現況報告書**

**（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）**

（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 | 単独型　・　併設型　・　共用型 |
| 併設（共用）事業所等（注1） |  |
| 営業日（注2） |  |
| 営業時間（注2） | 営業時間　　　　：（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　）サービス提供時間：（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　）延長サービス時間：（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　 |
| 利用定員 | 　　　人 |
| 通常の事業の 実施地域（注2） |  |

 注 １ 併設型・共用型対象施設のほか、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(　　　　　 　　　 　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 認知症介護に関する研修の受講歴 | ・認知症対応型サービス事業管理者研修・これに代わる研修（研修名：　　　　　　　　　　　　　） 　 受講年月日(　　　　年　　月　　日) |

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**

**【 単独型・併設型のみ。共用型については、共用するＧＨ、小規模特定施設、小規模特養の現況報告書で確認するため記入不要。 】**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 生活相談員の人数 | 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 |
| (ｲ) 機能訓練指導員その他専門職の人数 | 合計数　(　　　　)人 |
| （内訳）理学療法士・作業療法士　(　　)人言語聴覚士　　　　　　　(　　)人看護職員　　　　　　　　(　　)人柔道整復師・指圧師　　　(　　)人はり師・きゅう師　　　　(　　)人管理栄養士　　　　　　　(　　)人歯科衛生士　　　　　　　(　　)人 |
| (ｳ) 介護従業者の人数(注)　 | 合計数　(　　　　)人　　うち（准）看護師(　　　　)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 |
| ・サービスの単位ごとに介護従業者を１名＋サービスの単位ごとに提供時間数に応じた介護従業者を１名以上配置しているか。 | はい　・　いいえ |
| ・サービス提供時間帯を通じて、介護従業者を常に１名以上配置しているか。 | はい　・　いいえ |

注　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・生活相談員・機能訓練指導員を兼務している従業者も含む）。

**３　運営の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

**(1)　自己評価の実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己評価を実施しているか。 | はい ・ いいえ | 直近の実施年月日 | 　　年　　月　　日 |

**(2)　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) 防火管理者 | 氏名 |  | 職種 |  |
| (ｳ) 地震の避難計画を作成しているか。 | はい ・ いいえ | 作成日 | 　　　　年 　月 　日 |
| (ｴ) 風水害の避難計画を作成しているか。 | はい ・ いいえ | 作成日 | 　　　　年 　月 　日 |
| (ｵ) 避難訓練の直近実施日 | ① 　　　　年　　月　　日 | ② 　　　　年　　月　　日 |
| (ｶ) 避難訓練の状況 | 消防署職員の参加 | あり　・　なし |
| 自治会等地域住民の参加 | あり　・　なし |
| 地震・風水害訓練の実施 | あり　・　なし |

**(3)　衛生管理**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 衛生管理者を決めているか。 | はい ・ いいえ |
| 　　（決めている場合） | 氏名 |  | 職種 |  |
| (ｲ) 感染対策委員会の直近実施日 | ① 　　　　年　　月　　日 | ② 　　　　年　　月　　日 |
| (ｳ) 「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 |
| (ｴ) 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 |
| (ｵ) 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 |

注　衛生管理者は、「大量調理施設衛生マニュアル」に基づき衛生状況の点検・指導を行う者について記入すること。

**(4)　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 |
| 身体拘束廃止についての研修 | 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 |
| (ｴ) 医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者は、認知症介護基礎研修を受講しているか。 | はい ・ いいえ |
| (ｵ) 新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）は、採用後１年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講しているか。 | はい ・ いいえ ・ 該当なし |

注　内部研修は、法人内・社内で実施した研修も含む。

**(5)　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 |  |

**(6)　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 |

**(7)　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 |  |

**(8)　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 | 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 |  |

**(9)　宿泊サービスの状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 宿泊サービスの提供を行ったか。（はいの場合のみ以下も回答） | はい　・　いいえ |
| 　・提供を行った人数（令和元年度の合計実人数）　　　　（　　　人）【内訳】　　　認定なし　　　（　　　人）　　要支援者　　　（　　　人）　　　　　　　要介護１・２　（　　　人）　　要介護３～５　（　　　人） |
| ・利用料金 | 宿泊料（　　　　　円）夕食料（　　　　　円）朝食料（　　　　　円）その他（　　　　　円）　　　　　　（内容：　　　　　　　） |
| ・宿泊サービス責任者の氏名 |  |
| ・防火設備 | 自動火災報知設備　　あり　・　なしスプリンクラー　　　あり　・　なし |

**４　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） 〕 |
| (ｲ) 利用者の年齢 | （平均　　　　歳） 〔（最低　　　　歳）（最高　　　　歳）〕 |
| (ｳ) 要介護度 | 要支援１ （　　　人） 　要支援２ （　　　人）　 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) 認知症の病名 | 脳血管性 （　　　人） アルツハイマー型（　 　人）レビー小体病（　　　人） 　 その他 （　 　人） |
| (ｵ) 利用待機者数　　(いる場合) | 　　　　　　　人 |

**５　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。

**６　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。

**７　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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防サービス | なし　・　あり |
| 送迎時の居宅内介助等 | なし　・　あり |
| 人員基準欠如・定員超過減算 | なし　・　あり |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | なし　・　あり |
| 業務継続計画未策定減算 | なり　・　あり |
| ２時間以上３時間未満のサービス | なし　・　あり |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 | なし　・　あり |
| 延長サービス | なし　・　あり |
| 入浴介助加算 | 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） |
| 個別機能訓練加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| ＡＤＬ維持等加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 若年性認知症利用者受入加算 | なし　・　あり |
| 栄養アセスメント加算 | なし　・　あり |
| 栄養改善加算 | なし　・　あり |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 口腔機能向上加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 科学的介護推進体制加算 | なし　・　あり |
| 同一建物減算 | なし　・　あり |
| 送迎減算 | 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。