**令和７年度地域密着型サービス現況報告書**

**（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）**

（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 |  | | | | | | |
| 区　　　分 | 本体事業所　・サテライト事業所  （サテライト事業所の場合、本体事業所の名称：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 併設事業所等(注) |  | | | | | | |
| 登録定員 | 名 | 通いサービス  定　員 | | 名 | | 宿泊サービス  定　員 | 名 |
| 営業時間 | 通いサービス　（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　）  宿泊サービス　（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　） | | | | | | |

注 同一敷地内にある事業所・施設を記入すること。

**２　職員の状況（４月１日の状況）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (ｱ)管理者 | 氏　名 |  | | |
| 就任年月日(注１) | 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) | | |
| (ｲ)介護支援専門員 | 氏　名 |  | | |
| 就任年月日(注１) | 年 　月 　日 | | |
| 介護支援専門員の資格  (有効期限） | あり・なし  (　　　 年　 月　 日) | | |
| (サテライト事業所であって、本体事業所の介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する場合) | 本体事業所名  (　　　　　　　　 　　　　　　　)  介護支援専門員の氏名  (　　　　　　 　　　 　　　 　　　) | | |
| 勤務形態 | 常勤　・　非常勤  　専従　・　兼務 | | |
| 事業所で兼務している他の職種 |  | | |
| 認知症介護に関する研修の  受講歴 | ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修  　 受講年月日(　　　　年　　月　　日) | | |
| (ｳ) 介護従業者の人数(注２) | | 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 | | |
| ・日中時間帯に、通いサービス利用者３人に対して常勤換算で１名(小数切り上げ)＋訪問サービス従業者を常勤換算で１名以上確保しているか。 | | はい　・　いいえ | | |
| ・夜間・深夜時間帯で夜勤１名＋宿直１名以上を確保しているか。 | | はい　・　いいえ  ※宿直当番者が自宅待機等の場合は、具体的な連絡体制  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| (ｴ)  代表者 | 氏　名 |  | 役職名 |  |
| 就任年月日(注１) | 年 　月 　日 | | |
| 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開設者研修  ・これに代わる研修（研修名　　　　　　　　　　　　　）  　 受講年月日(　　　　年　　月　　日) | | |

注１　就任年月日には、雇用年月日ではなく管理者・介護支援専門員・代表者として配置された年月日を記入すること。

２　介護従業者の人数は、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（管理者や介護支援専門員を兼務している従業者も含む）。

**３　建物の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| 建物構造 | （　　　　　　）造　　（　　　　）階建ての（　　　　）階部分 |
| 広さ等 | 敷地面積（　　　　　　）㎡　　　延床面積（　　　　　　）㎡  宿泊室（　　）室　 １室あたりの面積（　　　）㎡  個室以外の宿泊室　　　あり　・　なし |
| スプリンクラー設備 | あり　・　なし |

**４　運営の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

**(1)　身体的拘束等の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 身体拘束や利用者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行っている利用者  がいるか。（はいの場合のみ以下も回答） | はい　・　いいえ |
| ・身体的拘束等を行っている利用者の人数（　　　）人  具体的状況： | |
| ・身体的拘束等の態様・時間・利用者の心身の状況・拘束の理由などについて経過観察記録を作成しているか。 | はい　・　いいえ |
| ・身体拘束廃止委員会を開催しているか。 | はい　・　いいえ |
| ・身体拘束改善計画を作成しているか。 | はい　・　いいえ |

**(2)　自己評価の実施状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 自己評価・外部評価（運営推進会議を利用）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) 自己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 |

**(3)　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 | |
| 夜間想定訓練の実施 | | あり　・　なし | |
| 地震・風水害訓練の実施 | | あり　・　なし | |

**(4)　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。

**(5)　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。

**(6)　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 |  |

**(7)　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 | | |

**(8)　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 |  |

**(9)　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：  ③　　　　年　　月　　日  出席者：  主な議題：  ④　　　　年　　月　　日  出席者：  主な議題：  ⑤　　　　年　　月　　日  出席者：  主な議題：  ⑥　　　　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 |  |

**(10)　医療との連携**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 協力医療機関 |  |
| (ｲ) 協力歯科医療機関 |  |
| (ｳ) 緊急時のバックアップ施設  (特養・老健・病院など) |  |

**(11)　金銭等管理の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の金銭等の預かり | あり　・　なし　（ありの場合は以下も回答） | |
| 預かり契約書・依頼書等の作成 | あり　・　なし |
| 預かり金等管理規程の策定 | あり　・　なし |
| 預かり金等管理費の徴収 | あり　・　なし |
| 定期的な家族への報告 | あり　・　なし |

**５　利用登録者の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 登録人数 | （　　　　 人） 〔 男性（　　　人） 女性（　　　人） 〕 |
| (ｲ) 登録者の年齢 | （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) サービス利用者数 | 通いサービス利用者数（　　　人）  訪問サービス利用者数（　　　人）  泊りサービス利用者数（　　　人）  サービス利用休止者数（　　　人） |
| (ｵ) 登録待機者数  　　(いる場合) | 人 |

**６　サービス実施の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 登録日数（日） | 訪問サービス（回） | 通いサービス（回） | 宿泊サービス（回） |
| ４月 |  |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |  |
| ６月 |  |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |  |
| ８月 |  |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |  |
| １０月 |  |  |  |  |
| １１月 |  |  |  |  |
| １２月 |  |  |  |  |
| １月 |  |  |  |  |
| ２月 |  |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |  |
| 年度計 |  |  |  |  |

注　登録日数は、各利用者が月内で利用登録していた日数の合計

サービス回数は、各月中に提供したサービスの延べ提供回数を記入する。

**７ 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。

**８　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。

**９　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 |
| 短期利用サービス | なし　・　あり |
| 人員基準欠如・定員超過減算 | なし　・　あり |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 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 | なし　・　あり |
| 過少サービスに対する減算 | なし　・　あり |
| 初期加算 | なし　・　あり |
| 認知症加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | なし　・　あり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | なし　・　あり |
| 看護職員配置加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ） |
| 看取り連携体制加算 | なし　・　あり |
| 訪問体制強化加算 | 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） |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし　・　あり |
| 科学的介護推進体制加算 | なし　・　あり |
| 生産性向上推進体制加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 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。