**令和７年度地域密着型サービス等現況報告書**

**（介護予防支援）**

（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 | | |
| 併設事業所等(注1) |  | | |
| 営業日（注2） |  | | |
| 営業時間（注2） | 曜日～　　曜日（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　）  曜日～　　曜日（　　　　　　　　　）～（　　　　　　　　　） | | |
| 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)　職員の配置状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (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  (　　　　　　 　　　 　　　　　　　　) |
| (ｲ) 担当職員の人数(注２) | | 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 |
| （内訳）  保健師　　　　　　　　　　(　　)人  介護支援専門員　　　　　　(　　)人  社会福祉士　　　　　　　　(　　)人  経験ある看護師　　　　　　(　　)人  相談経験ある社会福祉主事　(　　)人 |

注１　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　担当職員として配置されている従業者の人数を記入すること（管理者を兼務している担当職員も含む）。

**(2)　介護支援専門員の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 登録番号 | 有効期間満了日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

**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（　　　　　　）㎡ |

**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)　通常の事業の実施地域以外で事業を実施した地域及び人員**

|  |  |
| --- | --- |
| 人数・地域 | 利用者数　　　　　　　人  実施した主な地域（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施した主な理由 |  |

注　運営規程で定める通常の事業の実施地域以外に居住する利用者について記入すること。

**(3)　感染症の予防及びまん延の防止のための措置**

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

**(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 |
| 衛生管理・感染症予防の研修 | 回 | 回 |
| その他　※主なものを具体的に記載願います。  (　　　　　　　　　 　)  (　　　　　　　　　 　)  (　　　　　　　　　 　) | 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。

**(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 |  |

**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　利用者の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 利用者数 | （　　　　 人） 〔 男性（　　　人） 女性（　　　人） 〕 |
| (ｲ) 要介護度 | 要支援１ （　　　人）　 要支援２ （　　　人） |

注　介護予防ケアマネジメントを含む。

**８　サービス実施の状況（令和６年４月～令和７年３月の実績）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 計画作成件数 | うち委託件数  （市内事業所） | （市外事業所） |
| ４月 | 件 | 件 | 件 |
| ５月 | 件 | 件 | 件 |
| ６月 | 件 | 件 | 件 |
| ７月 | 件 | 件 | 件 |
| ８月 | 件 | 件 | 件 |
| ９月 | 件 | 件 | 件 |
| １０月 | 件 | 件 | 件 |
| １１月 | 件 | 件 | 件 |
| １２月 | 件 | 件 | 件 |
| １月 | 件 | 件 | 件 |
| ２月 | 件 | 件 | 件 |
| ３月 | 件 | 件 | 件 |
| 合計 | 件 | 件 | 件 |

　注１　給付管理票作成件数ごとに１件と数えること。

注２　介護予防ケアマネジメントを含む。

**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）**

**※実際の算定実績の有無を記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 初回加算 | なし　・　あり |
| 委託連携加算 | なし　・　あり |

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。