**令和７年度地域密着型サービス現況報告書**

**（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）**

（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 | 入居定員 | 　　　　　　　名 |
| 併設事業所等(注) |  |

注 同一敷地内にある事業所・施設を記入すること。

**２　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 |  敷地面積（　　　　　　　　）㎡　延床面積（　　　　　　　　）㎡ １室あたりの居室面積（　　　　　　　　）㎡ |
| 二人部屋の有無 |  　あり　・　なし |
| スプリンクラー設備 |  　あり　・ なし |

**３　職員の状況（４月１日時点の状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. ユニット名

　　　　　　　　　　　　　 | 1. ユニット名

　　　　　　　　　　　　　 |
| 定員（　　　　　　）人 | 定員（　　　　　　）人 |
| (ｱ)管理者 | 氏　名 |  |  |
| 就任年月日(注１) |  　年 　月 　日 |  　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(　　　　　　 　　　 　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 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) | ・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)計画作成担当者 | 氏　名 |  |  |
| 就任年月日(注１) |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 |
| 介護支援専門員の資格(有効期限） | あり・なし(　　　 年　 月　 日) | あり・なし(　　　 年　 月　 日) |
| (併設事業所の介護支援専門員と連携している場合) | 併設事業所名(　　　　　　　　 　　　　　　　)介護支援専門員の氏名(　　　　　　 　　　 　　　 　　　) |
| 勤務形態 | 常勤　・　非常勤専従　・　兼務 | 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 | ・認知症介護実践研修（実践者研修）・これに代わる研修（研修名：　　　　　　　　　　　　　　　） 受講年月日(　　　　年　　月　　日) | ・認知症介護実践研修（実践者研修）・これに代わる研修（研修名：　　　　　　　　　　　　　　） 受講年月日(　　　　年　　月　　日) |
| (ｳ) 介護従業者の人数(注２)　 | 合計数　(　　　　)人 | 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）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、入居者３人に対して常勤換算で１人(小数切り上げ)以上となっているか | はい　・　いいえ | はい　・　いいえ |
| ・夜間・深夜時間帯で、１人以上となっているか | はい　・　いいえ | はい　・　いいえ |
| (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・計画作成担当者・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（管理者や計画作成担当者を兼務している従業者も含む）。

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 身体拘束や行動を制限する行為（身体的拘束等）を行っている入居者がいるか。（はいの場合のみ以下①②も回答） | はい　・　いいえ |
| 　①身体的拘束等を行っている入居者の人数（　　　）人具体的状況： |
| ②身体的拘束等の態様・時間・入居者の心身の状況・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 |
| (ｲ) 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月に１回以上開催しているか。 | はい　・　いいえ |
| 　・前年度における開催状況 | ①　　　 　年 　月 　日主な議題：②　　　 　年 　月 　日主な議題：③　　　 　年 　月 　日主な議題：④　　　 　年 　月 　日主な議題： |
| (ｳ)身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。 | はい　・　いいえ |
| (ｴ)身体的拘束等の適正化のための研修を年２回以上実施しているか。 | はい　・　いいえ |
| 　・前年度における開催状況 | ①　　　 　年 　月 　日主な議題：②　　　 　年 　月 　日主な議題： |

**(2)　自己評価・外部評価の実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ｱ) 自己評価・外部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 |
| (外部評価の１年おきの実施について北海道の許可を受けているか。) | はい ・ いいえ |
| (ｲ) 評価結果の公表状況 | ①入居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入居説明の際重要事項説明書に添付している | はい ・ いいえ |
| ④運営推進会議にて結果を開示している | はい ・ いいえ |

注　外部評価の実施年月日は、訪問調査を受けた日ではなく、評価機関からの結果通知を受理した日を記入すること。

**(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) |  |
| (ｴ) 医療機関・訪問看護ステーションとの連携により医療連携体制加算を算定している場合　連携医療機関・事業所名： |
| (ｵ) 医療機関・訪問看護ステーションとの連携により看取り介護加算を算定している場合連携医療機関・事業所名： |
| (ｶ) 市への直近の届出日 | 年　　　月　　　日 |

　注　令和6年基準省令改正により、年に１回以上、協力医療機関との連携に係る届出（別紙３）を市に提出する

必要があることに留意。

**(11)　利用料・金銭等管理の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 入居時の敷金の徴収 | あり（　　　　　　　　円） ・ なし |
| (ｲ) 入居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　入居者の概要（４月１日時点の状況）**

|  |  |
| --- | --- |
| (ｱ) 入居人数 | （　　　　 人） 〔 男性（　　　人） 女性（　　　人） 〕 |
| (ｲ) 入居者の年齢 | （平均　　　　歳） 〔（最低　　　　歳）（最高　　　　歳）〕 |
| (ｳ) 要介護度 | 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) 認知症自立度 | Ⅰ （　　　人）　Ⅱa（　　　人）　Ⅱb（　　　人）　Ⅲa（　　　人）Ⅲb（　　　人）　Ⅳ （　　　人）　Ｍ （　　　人） |
| (ｶ) 入居待機者数 | 　　　　　　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　前年度に受けた入居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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防サービス（要支援２） | なし　・　あり |
| 短期利用サービス | なし　・　あり |
| 夜勤配置減算 | 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 |
| ３ユニットの事業所が夜勤職員を２人以上とする場合の算定 | なし　・　あり |
| 夜間支援体制加算 | 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 |
| 入院時費用 | なし　・　あり |
| 看取り介護加算 | なし　・　あり |
| 初期加算 | なし　・　あり |
| 協力医療機関連携加算 | なし　・　あり |
| 医療連携体制加算 | なし　・　あり（加算Ⅰイ・加算Ⅰロ・加算Ⅰハ・加算Ⅱ） |
| 退去時情報提供加算 | なし　・　あり |
| 退居時相談援助加算 | なし　・　あり |
| 認知症専門ケア加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 認知症チームケア推進加算 | 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） |
| 栄養管理体制加算 | なし　・　あり |
| 口腔衛生管理体制加算 | なし　・　あり |
| 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 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし　・　あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ） |
| 新興感染症等施設療養費 | 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。