令和6年度　地域密着型サービス事業者等現況報告書

（居宅介護支援）

恵庭市長　様

次のとおり資料を添えて提出します。

**事業所の概要**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成年月日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | |
| 事業所名 |  | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | ファックス番号 | |  |
| メールアドレス |  | | | | |
| 記入者 | 職　名 |  | | 氏　名 |  |

**１　従業者の員数・管理者（基準2条・3条）　※令和6年9月1日時点の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 氏　　　　　名 | 登録番号 | 有効期限 |
|  |  | 年　　月　　日 |
| 主任介護支援専門員の資格はありますか。 | | □はい　　　□いいえ |
| 介護支援  専門員 | 氏　　　　　名 | 登録番号 | 有効期限 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

**２　内容及び手続の説明及び同意（基準4条）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)　利用者に、前６か月間に作成した居宅サービス計画で、下記のサービスがそれぞれ占める割合を説明していますか。 | | | | | | | | □はい　　　□いいえ | | |
|  | 前年度 | 訪問介護 | | 通所介護 | | 福祉用具貸与 | | | 地域密着型通所介護 | |
|  | 前期 | ％ | | ％ | | ％ | | | ％ | |
|  | 後期 | ％ | | ％ | | ％ | | | ％ | |
| (2)　利用者に、前６か月間に作成した居宅サービス計画で、同一の事業所によって提供されたサービスがそれぞれ占める割合を説明していますか。 | | | | | | | | □はい　　　□いいえ | | |
|  | 前年度 | 訪問介護 | | 通所介護 | | 福祉用具貸与 | | | 地域密着型通所介護 | |
|  | 前期 | １位 | ％ | １位 | ％ | １位 | ％ | | １位 | ％ |
|  | ２位 | ％ | ２位 | ％ | ２位 | ％ | | ２位 | ％ |
|  | ３位 | ％ | ３位 | ％ | ３位 | ％ | | ３位 | ％ |
|  | 後期 | １位 | ％ | １位 | ％ | １位 | ％ | | １位 | ％ |
|  | ２位 | ％ | ２位 | ％ | ２位 | ％ | | ２位 | ％ |
|  | ３位 | ％ | ３位 | ％ | ３位 | ％ | | ３位 | ％ |

**３　指定居宅介護支援の基本取扱方針（基準12条）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)　自己評価を実施していますか。 | | □はい　　　□いいえ |
|  | （はいの場合）前年度の開催日 | 年　　月　　日 |

**４　勤務体制の確保（基準19条）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)　セクハラやパワハラを防止するための措置を実施していますか。 | | | □はい　　　□いいえ |
|  | （はいの場合）措置の具体的な内容 |  | |
| (2)　カスタマーハラスメントを防止するための措置を実施していますか。 | | | □はい　　　□いいえ |
|  | （はいの場合）措置の具体的な内容 |  | |

**５　業務継続計画の策定等（基準19条の2）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)　**感染症**に係る業務継続計画の策定状況 | | | | □策定済 | | | □未策定（今年度に策定予定） | | | |
| (2)　**災害**に係る業務継続計画の策定状況 | | | | □策定済 | | | □未策定（今年度に策定予定） | | | |
|  | （策定済の場合）  想定している災害 | 火災 | 地震 | | 風水害 | 津波 | | 火山 | 土砂 | その他 |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| (3)　研修の実施（前年度） | | | | □実施（　　　回） | | | □未実施 | | | |
| (4)　訓練の実施（前年度） | | | | □実施（　　　回） | | | □未実施 | | | |

**６　感染症の予防及びまん延の防止のための措置（基準21条の2）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)　対策検討委員会の実施（前年度） | □実施（　　　回） | □未実施 | |
| (2)　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 | | | □はい　　　□いいえ |
| (3)　研修の実施（前年度） | □実施（　　　回） | □未実施 | |
| (4)　訓練の実施（前年度） | □実施（　　　回） | □未実施 | |

**７　虐待の防止（基準27条の2）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)　虐待の防止のための措置に関する事項の規定状況 | | □策定済 | □未策定（今年度に策定予定） | |
| (2)　対策検討委員会の実施（前年度） | | □実施（　　　回） | □未実施 | |
| (3)　虐待の防止のための指針を整備していますか。 | | | | □はい　　　□いいえ |
| (4)　研修の実施（前年度） | | □実施（　　　回） | □未実施 | |
| (5)　措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。 | | | | □はい　　　□いいえ |
|  | （はいの場合）担当者の氏名 | | |  |

|  |
| --- |
| *この報告書は介護保険法第23条及び第78条の7、第115条の17の規定に基づき報告を求めるものです。提出しない場合や虚偽の報告をしたときは、同法第78条の10及び第115条の19の規定により指定取消し等の対象となります。* |