令和6年度　地域密着型サービス事業者等現況報告書

（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

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 |  | | | | | |
| 入居定員 |  | | | 入居者数 | |  |
| 記入者 | 職　名 |  | | | 氏　名 |  |

**１　従業者の員数・管理者（基準90条・91条）　※令和6年9月1日時点の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | ユニット① | ユニット② |
| 管理者 | 氏　名 |  |  |
| 研　修 | 認知症対応型サービス事業管理者研修  受講年月 (　　　　年　　月) | 認知症対応型サービス事業管理者研修  受講年月 (　　　　年　　月) |
| 計画作成  担当者 | 氏　名 |  |  |
| 研　修 | 認知症介護実践研修（実践者研修）  認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）  受講年月 (　　　　年　　月) | 認知症介護実践研修（実践者研修）  認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）  受講年月 (　　　　年　　月) |
| 介護支援  専門員の  資格 | □有　　　　　　□無  登録番号  有効期限　　　　 年 　月 　日 | □有　　　　　　□無  登録番号  有効期限　　　　 年 　月 　日 |

**２　指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針（基準97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 |
| (2)　外部評価を実施していますか。 | | □はい　　　□いいえ　　　□免除 | |
|  | （はいの場合）前年度の開催日 | | 年　　月　　日 |

**３　勤務体制の確保等（基準103条）　※令和6年9月1日時点の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員数  ① |  |  |  | ④の職員がいる場合、その理由  （例：雇用して1年未満のため） |
| ①のうち、医療・福祉系の資格(※)のある職員数 ② | ①のうち、認知症介護基礎研修を受講している職員数 ③ | ②及び③に該当しない職員数 ④ |
|  |  |  |  |  |

※　看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等

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

**４　業務継続計画の策定等（基準3条の30の2準用）**

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

**５　虐待の防止（基準3条の38の2準用）**

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

**６　衛生管理等（基準33条準用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (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　地域との連携等（基準34条準用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)　利用者の家族や地域住民の代表者、市の職員、地域包括支援センターの職員などで構成される運営推進会議を開催していますか。 | | | | □はい　　　□いいえ |
|  | （はいの場合）  前年度の開催日 | ①　　　年　　月　　日  ②　　　年　　月　　日 | ③　　　年　　月　　日  ④　　　年　　月　　日 | ⑤　　　年　　月　　日  ⑥　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| *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。* |