令和6年度　地域密着型サービス事業者等現況報告書

（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

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（基準131条）　※令和6年9月1日時点の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医　　師 | | | 生活相談員 | | | 介護職員 | | 看護職員 | | | 栄養士  管理栄養士 | | | 機能訓練  指導員 | |
| 専従 | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤 |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 非常勤 |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 介護支援  専門員 | | 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 登録番号 | | |  | | | | | 有効期限 | | | 年　　月　　日 | | | |

**２　指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針（基準137条・162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 |

**３　栄養管理（基準143条の2）**

|  |  |
| --- | --- |
| (1)　入居者の栄養ケア計画書を作成していますか。 | □はい　　　□いいえ |

**４　口腔衛生の管理（基準143条の3）**

|  |  |
| --- | --- |
| (1)　入居者の口腔機能向上に関するサービス計画書を作成していますか。 | □はい　　　□いいえ |
| (2)　歯科医師等から口腔衛生に係る技術的助言及び指導を受けていますか。 | □はい　　　□いいえ |

**５　勤務体制の確保等（基準149条・167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 |  | |

**６　衛生管理等（基準151条）**

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

**８　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 | | |  |

**９　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。* |