地域密着型サービス等事業者現況報告書

（居宅介護支援）

湧別町長　　　様

次のとおり資料を添えて提出します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成年月日　　　　年　　　月　　　日

**１　事業所の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名称 |  | | | | 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  | | | | | |
| 所 在 地 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | FAX番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | |
| 業務管理体制に係る法令順守責任者氏名 | | | |  | | |
| 記 入 者 | | 職　　名 |  | | 氏　　名 |  |

**２　介護支援専門員の員数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 専　従 | 兼　務 |
| 常　 勤 |  |  |
| 非常勤 |  |  |
| 常勤換算後の員数 |  | |

注１　当該年度の４月１日現在の状況と４月の常勤換算人数（小数点第2位以下切捨て）を記入すること。

注２　従業者の勤務体制及び勤務携帯一覧表（当該年度の４月分実績）を添付すること。

**３　当該事業所に勤務する介護支援専門員の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)  管理者 | 氏　　　　　名 | |  | | | |
| 当該事業所で兼務する職種 | |  | | | |
| (2)  介護支援  専門員 | 氏　　　　　名 | 介護支援専門員  登録番号 | | 有効期限 | 勤務形態 | 主任介護支援  専門員 |
|  |  | | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |
|  |  | | 年　　月　　日 |  | □有・□無 |

注１　当該年度の４月１日現在の状況を記入すること。

注２　勤務形態については、　常勤専従・非常勤専従・常勤兼務・非常勤兼務のいずれかを記入してください。

**４　利用者の状況（前年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 |
| 要介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注　前年度１年間の各月の実人員を記入すること。

**５　苦情の状況**

【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　介護サービスの質の評価実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己評価の実施 | □有　・　□無 | 実施時期 | 年　　　　月 |

注　前年度の実施状況を記入すること。

**◎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。提出しない場合や基準違反が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただきます。**