

介護保険施設等現況報告書

(訪問介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要

記入年月日 平成 30 年 4 月 27 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会		
法人所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
法令遵守責任者名	施設長 賀陽 龍司		
法人電話番号	01564-2-4632	法人ファックス番号	01564-2-4630
事業所名称	社会福祉法人上士幌福寿協会指定訪問介護事業所		
事業所番号	0174700153		
事業所所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
事業所電話番号	01564-2-3603	事業所ファックス番号	01564-2-3603
電子メールアドレス	suzu-kai@kamishihoro.or.jp		
記入者	所属	訪問介護事業所	
	職名	サービス提供責任者	氏名 梶田 洋子

2 訪問介護員等の員数

	訪問介護員等(注2・注3)		
	専	従	務
常勤(人)	4		1
非常勤(人)	0		0
常勤換算後の員数(注4・注5)	5		人

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 サービス提供責任者を含めて記載すること。

注3 資格要件

- ① 介護福祉士
- ② 介護職員初任者研修修了者
- ③ 介護職員基礎研修課程修了者
- ④ 訪問介護員養成研修1級、2級課程修了者

注4 必要員数 常勤換算方法で2.5人以上

注5 常勤換算後の員数は、次の方法により算出した数を記入すること。

当該事業所の従業者の週平均の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が1週間に勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除して得た数。ただし、非常勤の休暇や出張の時間は、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。

また、常勤の従業者が勤務すべき時間数については、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

3 サービス提供責任者の員数

	サービス提供責任者(注2)		
	専	従	務
常勤(人)	0		1
非常勤(人)	0		0
常勤換算後の員数(注3・注4)	1		人

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 資格要件

訪問介護員等であって、次のいずれかに該当する者

- ① 介護福祉士
- ② 実務者研修修了者
- ③ 介護職員基礎研修修了者
- ④ 訪問介護員養成研修1級課程修了者
- ⑤ 訪問介護員養成研修2級課程修了者であって、3年以上介護等の業務に従事したもの

注3 必要員数

・利用者(前3月の平均値(新規指定の場合は推定数))が、40人又はその端数を増す毎に1人以上

・以下の要件を全て満たす場合には、利用者が50人につき1人以上

- ① 常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
- ② サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
- ③ サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合

- 注4 サービス提供責任者の常勤換算については次のことに留意すること
- ・利用者の数が40人を超える事業所の場合については、常勤換算方法とすることができる。この場合において、配置すべきサービス提供責任者の員数は、利用者の数を40で除して得られた数以上とする。
 - ・常勤換算方法とする事業所については、以下に掲げる員数以上の常勤のサービス提供責任者を配置すること。
 - a 利用者の数が40人を超え、200人以下の事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から1を減じて得られる数以上
 - b 利用者の数が200人を超える事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に2を乗じて3で除して得られた
 - ・非常勤のサービス提供責任者については、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の訪問介護員等が勤務すべき時間数の2分の1以上に達していること。

4 利用者の状況(4月1日現在)

登録者数	43	人
------	----	---

5 通常の事業の実施地域以外で事業を実施した地域及び人員(前年度)

なし

注 運営規程で定める通常の事業の実施地域以外で、訪問介護事業を行った地域と実人員を記入すること。

6 苦情の状況(主な内容及び処遇状況)【前年度苦情件数 0 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。

7 介護サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
------------	---------------------------------------	----------------------------

この報告書は介護保険法第24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が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。