

# 介護保険施設等現況報告書

(居宅介護支援)

※ 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 令和 6 年 4 月 17 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  | 総合施設長 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 指定居宅介護支援事業所ひまわり |               |              |
| 事業所番号     | 174701730                     |               |              |
| 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   | 01564-2-5111                  | 事業所ファックス番号    | 01564-2-2772 |
| 電子メールアドレス | himawari01@kamishihoro.or.jp  |               |              |
| 記入者       | 所属                            | 居宅介護支援事業所ひまわり |              |
|           | 職名                            | 管理者           | 氏名 溝口 玲      |

## 2 従業員の職種・員数

|              | 介護支援専門員 |    |
|--------------|---------|----|
|              | 専従      | 兼務 |
| 常勤(人)        | 0       | 1  |
| 非常勤(人)       | 0       | 0  |
| 常勤換算後の員数(注3) | 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 従業員の職種別必要員数

介護支援専門員 常勤で1人以上

※利用者の数35又はその端数を増す毎に1を標準とする。

注3 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。

<常勤換算方法>

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、非常勤の従業者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 当該事業所に勤務する介護支援専門員の状況(4月1日現在)

| 氏名   | 登録番号     | 有効期間満了年月日 |
|------|----------|-----------|
| 溝口 玲 | 01160172 | 令和9年3月23日 |
|      |          |           |
|      |          |           |
|      |          |           |
|      |          |           |

4 利用者の状況(前年度)

|     | 要介護 | 要支援(指定介護予防支援事業者からの委託)<br>(人) | 計<br>(人) |
|-----|-----|------------------------------|----------|
| 4月  | 33  | 0                            | 33       |
| 5月  | 34  | 0                            | 34       |
| 6月  | 35  | 0                            | 35       |
| 7月  | 34  | 0                            | 34       |
| 8月  | 34  | 0                            | 34       |
| 9月  | 35  | 0                            | 35       |
| 10月 | 34  | 0                            | 34       |
| 11月 | 34  | 0                            | 34       |
| 12月 | 30  | 0                            | 30       |
| 1月  | 29  | 0                            | 29       |
| 2月  | 31  | 0                            | 31       |
| 3月  | 33  | 0                            | 33       |
| 計   | 396 | 0                            | 396      |

注 各月の実人員を記入すること。

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)

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

軟膏

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23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。