令和7年度人員関係報告書

（地域密着型通所介護）

|  |  |
| --- | --- |
| 以下のとおり報告します。  　令和　　年　　月　　日 | 法 人 名    代表者職名・氏名 |

**１　事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | 介護保険事業所番号 | | １ | ４ |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | － 　 － | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | －　 　 － | | |

**２　この報告書を記載する方のお名前を記載してください。原則管理者が記載してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記　 載 　者 | (職名) | (氏名) |

**３　貴事業所の指定及び更新予定年月日（西暦）を記載してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定年月日 | 年　　　月　　　日 | 更新予定年月日 | 年　　　月　　　日 |

**４　6月の次の職種の人員状況（単位ごと）を記載してください。（6月中に変更があった場合は、変更後）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 基　準 | 貴事業所の状況 |
| 管理者 | 常勤専従  （ただし、当該事業所の管理に支障がない場合で、当該事業所の他の職務、又は同一事業者によって設置された他の事業所、施設等の職務との兼務可） | （○で囲ってください）  常勤専従・常勤兼務  非常勤専従・非常勤兼務 |
| 1. 生活相談員 | ・提供日ごとに、提供時間帯において生活相談員が勤務している時間数の合計数を、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が１以上であること。 | ｻｰﾋﾞｽ提供時間数  （　　　　　　　）時間  生活相談員の勤務延時間  （　　　　　　　）時間 |
| ②介護職員又は看護職員  ※生活相談員を除く  注：ここでいう利用定員とは、届出定員ではなく、同時提供を行う人数を指す。 | 利用定員１０人以下  ・専ら介護を提供する職員１人以上及び単位毎、提供時間帯を通じて１人以上  ・生活相談員、看護職員又は介護職員のうち１人以上は常勤でなければならない。  ①と②の常勤職員数合計：（　　　　　）人 | 常勤専従職員　　　　　人  常勤兼務職員　　　　　人  非常勤専従職員　　　　人  非常勤兼務職員　　　　人  看護職員　　　　　　　人 |
| 利用定員１１人以上  ・単位ごと、サービス提供日ごとに、専ら提供に当たる看護職員を１以上 |
| ③機能訓練指導員 | ・単位ごと、サービス提供日ごとに１以上  ・機能訓練指導員（有資格者）は、PT・OT・ST・看護職員・柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師であること。  ※はり師、きゅう師については、有資格者の下で６月以上機能訓練指導業務に従事した者に限ります。 | 常勤専従職員　　　　　人  常勤兼務職員　　　　　人  非常勤専従職員　　　　人  非常勤兼務職員　　　　人 |

**※「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（6月分）及び「利用者数一覧表」を添付して**

**ください。**（複数単位ある場合は、本紙を複写してご使用ください。）