令和7年度人員関係報告書

（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

|  |  |
| --- | --- |
| 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を記載してください。（地域密着型介護予防サービスの指定を受けている場合は地域密着型サービスの指定年月日、更新予定年月日を記載してください。）**

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

**４　6月の次の職種の人員状況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 | ・専らその職務に従事する常勤のもの（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）  ・３年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者  ・厚生労働大臣が定める研修を修了している者 | （○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介護従業者 | ・常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上  ・訪問サービスを提供する従業者を１以上  ・夜間及び深夜の時間帯を通じて１以上  ・宿直勤務を行うものを１以上  ※従業者のうち１以上は常勤  ※従業者のうち１以上は看護師又は准看護師 | 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  上記のうち看護師又は  准看護師　　　　　　　人  常勤換算　　　　　　　人 |
| ②介護支援  専門員 | ・専らその職務に従事する者  （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、又は併設されている指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設及び介護医療院の職務との兼務可）  ・厚生労働大臣が定める研修を修了している者 | 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）」、「利用者数一覧表」及び「計画作成担当者の配置状況（令和7年1月～令和7年6月）」を添付してください。**