令和7年度人員関係報告書

（看護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、又は同一の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年以上認知症である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 |
| ・保健師若しくは看護師  ※保健師助産師看護師法第１４条第３項の規定により保健師又は看護師の業務提示を命ぜられ、業務停止の期間終了後２年を経過しない者に該当しないもの  ※医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に  従事した経験のある者  ※認知症対応型サービス事業管理者研修の受講は不要 | （○で囲ってください。）  保健師・看護師  （○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看護小規模多機能型居宅介護従業者 | 【通い】常勤換算方法で、利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上（１以上は保健師又は看護師）  【訪問】常勤換算方法で、２以上（１以上は看護職員）  【看護職員】常勤換算方法で、２．５以上（１以上は  常勤の保健師又は看護師）  ・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 | 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及び指定介護療養型医療施設の職務との兼務可）  ・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2月～令和7年6月）」を添付してください。**