

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	平成	29	年
法人名	社会福祉法人芦別慈恵園			
法人所在地	芦別市旭町28番地			
法令遵守責任者名	小野省吾			
法人電話番号	0124-22-2566	法人ファックス番号	0124-22-	
事業所名称	芦別慈恵園ケアプラン相談センター			
事業所番号	0177300027			
事業所所在地	芦別市旭町28番地			
事業所電話番号	0124-24-2200	事業所ファックス番号	0124-24-	
電子メールアドレス	jikeien@ashibetsu.or.jp			
記入者	所属	社会福祉法人芦別慈恵園		
	職名	まちづくり事業部長	氏名	小野省吾

2 従業員の職種・員数

	介護支援専門員	
	専従	兼務
常勤(人)	4	
非常勤(人)		
常勤換算後の員数(注3)	4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者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
小野省吾	01982817	平成30年4月
澤辺元	01060879	平成31年4月
中野恵子	01000477	平成31年2月
藤山勇人	01090694	2020年3月

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)	(人)
-----	-----------------------	-----

4月	109	30
5月	113	31
6月	113	31
7月	118	33
8月	117	32
9月	117	39
10月	113	38
11月	112	37
12月	113	36
1月	113	35
2月	112	38
3月	123	37
計	1,373	417

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）

赤平市 1名

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。

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）

なし

（処理状況）

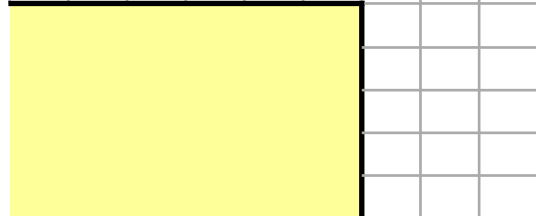
注 前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

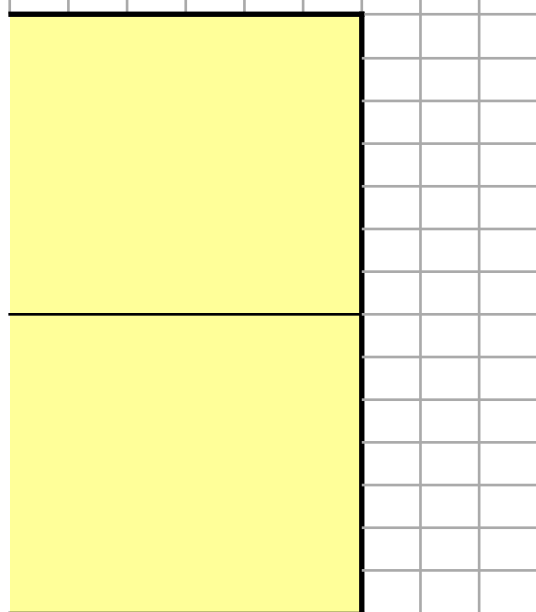
7 介護サービスの質の評価（自己評価）の実施状況（前年度）

自己評価の実施の有無

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導等により確認させていただく場合があります。

139				
144				
144				
151				
149				
156				
151				
149				
149				
148				
150				
160				
1,790				





われた場合は、実地指				
------------	--	--	--	--