

居宅介護支援事業所の指導に係る事前資料

1 事業所の概要

事業所名		事業所番号	
管理者氏名		電話番号	
所在地	(〒 -)		

2 従業者の状況（指導月の直近の月末現在）

職 種	勤 務 形 態	氏 名	資 格	週 平 均 勤 務 時 間	実 人 員 (常勤換算)
管理者					
介護支援専門員					
介護支援専門員					
介護支援専門員					
介護支援専門員					

注) 勤務形態欄 A: 常勤専従 B: 常勤兼務 C: 非常勤専従 D: 非常勤兼務

注) 主任介護支援専門員の場合、「資格」は主任介護支援専門員とご記入ください。

3 職員に対する研修の状況（指導月の直近の1年間）

研 修 日	研 修 参 加 者 の 職 種 ・ 氏 名	研 修 内 容	内 部 ・ 外 部 研 修 の 区 分

※適宜追加、または別紙に記載していただいても結構です。

4 利用者の要介護度等の状況（指導月の直近の月末現在）

要介護度等	人 数	生活援助利用者(再掲)	通院等乗降介助利用者(再掲)	福祉用具貸与利用者(再掲)
※事業対象者				—
※要支援 1				
※要支援 2				
要介護 1				
要介護 2				
要介護 3				
要介護 4				
要介護 5				

注) 人数欄は、当該月の月末現在の登録者を記載してください

※要支援者、事業対象者については、介護予防支援事業所からの受託分

5 運営基準減算の状況（前年度から指導月の直近の月末現在）

減算項目	人 数	基準を満たさない主な理由と改善状況
基準第4条第2項該当		
基準第13条第7号該当		
基準第13条第9号該当		
基準第13条第10号該当		
基準第13条第11号該当		
基準第13条第14号該当		
基準第13条第15号該当		
基準第13条第16号該当		

6 市町村（保険者）からの認定調査受託の有無

有り・無し	有りの場合の件数・4月以降	件
-------	---------------	---