

各務原市内居宅介護支援事業所 現状調査票

各務原市健康福祉部介護保険課 施設指導係宛

1 居宅介護支援事業所の名称

事業所名	
------	--

介護予防支援受託分はプラン2件で1件とカウントしてください

当該居宅介護支援事業所の管理者とのみ兼務している場合は「専任」と記載してください

2 事業所の職員構成、勤務形態、及び各職員が担当するプランの数（※平成30年12月10日時点）

職員氏名	保有資格	常勤/非常勤	専任/兼任	現在担当するケアプラン数	対応可能なプラン数
(記入例) 那加 太郎	介護支援専門員	非常勤	専任	15件（うち介護予防2件）	最大20件

3 平成33年4月以降、管理者＝主任介護支援専門員となった後の事業所運営の見通しについて（※平成30年12月10日時点）

現時点の見通し	その理由	該当するもの全てに○をつけてください
① 事業を継続する	現在の体制で継続出来る	
	経過措置期間終了までに主任介護支援専門員の資格を取得する目途がついている	
	新たに主任介護支援専門員を雇用する目途がついている	
	事業所を統廃合、または別の事業所との合併をおこなう目途がついている	
	新たに主任介護支援専門員を雇う目途がついている	
	その他の理由：（内容を記載願います）	

現時点の見通し	その理由	該当するもの全てに ○をつけてください
② 事業を継続 したいが 継続出来るか 不透明	新たな主任介護支援専門員を雇う目途がついていない	
	別の事業所との合併をおこないたいが合併相手が見つかるか不透明	
	特殊な運営形態が認められるのであれば継続可（事業所を別の事業所のサテライトにする、委託を受ける、等）	
	法制度の変更があれば継続可（主任介護支援専門員を管理者としなくても良い経過措置期間を3年程度延長）	
	// （主任介護支援専門員養成講習の受講要件「5年間」専任の緩和）	
	// （主任介護支援専門員養成講習の受講要件「専任（管理者との兼務は可）」の緩和）	
③ 事業を廃止する	その他の理由：（内容を記載願います）	
	廃止する理由：（内容を記載願います）	

4 本調査回答者の情報

回答者氏名		
連絡先（電話）	—	—
連絡先（FAX）	—	—
連絡先（Eメール）	@	

5 回答日

回答日	平成 30 年 12 月 日 ()
-----	--------------------

調査にご協力頂きありがとうございました