

介護保険施設等現況報告書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

※ 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 令和 2 年 4 月 24 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会
法人所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地
法人電話番号	01564-2-4632
事業所名称	特別養護老人ホーム上士幌すずらん荘
事業所番号	174700153
事業所所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地
事業所電話番号	01564-2-4632
電子メールアドレス	suzu-jim2@kamishihoro.or.jp
記入者	所 属 特別養護老人ホーム上士幌すずらん荘 職 名 生活相談員 氏 名 溝口 玲

2 (1) 利用者の状況(前年度)

		居 宅 サ ー ビ ス (人)	介 護 予 防 サ ー ビ ス (人)	計
4 月	実 人 員	5		5
	延 利 用 数	(66)	()	(66)
	平 均 利 用 者 数	3		3
5 月	実 人 員	6		6
	延 利 用 数	(38)	()	(38)
	平 均 利 用 者 数	2		2
6 月	実 人 員	4		4
	延 利 用 数	(19)	()	(19)
	平 均 利 用 者 数	1		1
7 月	実 人 員	7		7
	延 利 用 数	(64)	()	(64)
	平 均 利 用 者 数	3		3
8 月	実 人 員	7		7
	延 利 用 数	(111)	()	(111)
	平 均 利 用 者 数	4		4
9 月	実 人 員	9	1	10
	延 利 用 数	(119)	(7)	(126)
	平 均 利 用 者 数	4		4
10月	実 人 員	5		5
	延 利 用 数	(67)	()	(67)
	平 均 利 用 者 数	3		3
11月	実 人 員	4		4
	延 利 用 数	(46)	()	(46)
	平 均 利 用 者 数	2		2
12月	実 人 員	4		4
	延 利 用 数	(63)	()	(63)
	平 均 利 用 者 数	3		3
1 月	実 人 員	4		4
	延 利 用 数	(102)	()	(102)
	平 均 利 用 者 数	4		4
2 月	実 人 員	6		6
	延 利 用 数	(81)	()	(81)
	平 均 利 用 者 数	3		3

(2) 利用定員

(単独型・併設型の場合)

10	人
----	---

3 月	実人員	7		7
	延利用数	(88)	()	(88)
	平均利用者数	3		3
計	実人員	68	1	69
	延利用数	(864)	(7)	(871)

※1 各月ごとの利用実人員を記入すること。()内は延べ利用回数を記載してください。

※2 平均利用者数は、当該月の利用者延数÷当該月の日数

※3 小数点以下を切り上げてください。

(3) 前年度の利用者等平均

3	人
---	---

※1 前年度の利用者延数/前年度の日数(365日あるいは366日)

2 小数点第2位以下を切り上げてください。

3 添付資料

当該年4月における勤務表の写し(従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

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われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。