

介護保険施設等現況報告書

(通所介護)

※ 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 3 年 4 月 15 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	社会福祉法人上士幌福寿協会指定通所介護事業所		
事業所番号	0174700153		
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	01564-2-5111		
電子メールアドレス	fukusen@kamishihoro.or.jp		
記入者	所属	指定通所介護事業所	
	職名	主任生活相談員	氏名
			野口 貴弘

2 (1)利用者の状況(前年度)

月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均	月	実人員	延利用数	一月間の利用者の数の平均
4月	50	380	14.6	10月	47	366	13.6
5月	50	370	14.2	11月	50	339	13.6
6月	51	400	15.4	12月	49	240	14.1
7月	53	414	15.3	1月	50	366	15.3
8月	52	371	14.3	2月	52	353	14.7
9月	49	383	14.7	3月	51	388	14.4
				計	604	4370	

(2)利用定員

25	人
----	---

※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 一月間の利用者の平均数は、定員超過利用の基準に該当するかを判断するために用います。
 計算式は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計(延利用数)÷当該月のサービス提供日数(小数点以下を切り上げてください)。

3 非常災害対策(4月1日現在の利用者数:(人))

定員(A)	要介護3~5の利用者数(B)	割合(B/A)
		#DIV/0!

※ 防火安全対策について、「要介護状態区分が3~5」の入居者が、施設全体の定員の半数以上であることを目安として、消防法施行令上の義務が生じる場合があるので、地元の消防機関に確認のうえ、別添「現況報告書(非常災害対策)」を記載してください。

4 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。