地域密着型サービス　運営推進会議　報告書

事業所名：

サービス種類：□グループホーム　・　□小規模多機能型居宅介護

　　　　　□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

　　　　　□地域密着型通所介護　・　□認知症対応型通所介護　（該当に■）

日　　時：　　　　年　　月　　日（　曜日）○○時～○○時

場　　所：

出席者：○人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者代表 | ○人 | 知見を有する者 | ○人 |
| 利用者家族 | ○人 | 大田市職員 | ○人 |
| 地域住民の代表 | ○人 |  |  |
| 事業所職員（職名：　　　　　　　　　　） | ○人 |

報告事項：

利用者の状況

①入所者、登録者、利用者の人数

（小規模多機能居宅介護は、通い・訪問・泊りの利用者状況を加える）

②要介護度

③男女比率

④年齢

⑤地域別利用（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は不要）

議　　題：

１　活動状況報告

２　意見、要望等

３　その他