

事業所名: きらく荘グループホーム 事業所番号: 4072200381 (枝番) 00

基本情報調査票：認知症対応型共同生活介護（予防を含む）

(帳票作成日: 年 月 日)

計画年度	2020	年度	記入年月日	2020年09月28日
記入者名	町田理恵	所属・職名	管理者	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外)	□		○	○
		(その他の場合、その名称)			○	○
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん こうしかい 社会福祉法人 宏志会			○	○
	法人番号の有無	1:法人番号あり			○	○
	法人番号	2290005007332			○	○
法人等の主たる 事務所の所在地	〒838-0022		□		○	○
	福岡県朝倉市城859番地				○	○
法人等の連絡先	電話番号	0946-21-1833	□		○	○
	FAX番号	0946-21-1883			○	○
	ホームページ	1:あり			○	○
	(ホームページアドレス)	http://www.kirakuso.jp			○	○
法人等の代表者の 氏名及び職名	氏名	梶原勝子	□		○	○
	職名	理事長			○	○
法人等の設立年月日	1996/11/27		□		○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護サービスの種類	か所数	事業所等の名称 (主な事業所1箇所分を記載)	所在地 (主な事業所1箇所分を記載)					
<居宅サービス>					□			
訪問介護	0:なし						○	○
訪問入浴介護	0:なし						○	○
訪問看護	0:なし						○	○
訪問リハビリテーション	0:なし						○	○
居宅療養管理指導	0:なし						○	○
通所介護	1:あり	1	きらく荘デイサービスセンター	朝倉市城859			○	○
通所リハビリテーション	0:なし						○	○
短期入所生活介護	1:あり	1	きらく荘ショートステイ	朝倉市城859			○	○
短期入所療養介護	0:なし						○	○
特定施設入居者生活介護	0:なし						○	○
福祉用具貸与	0:なし						○	○
特定福祉用具販売	0:なし					○	○	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

＜地域密着型サービス＞					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0:なし				□		○	○
夜間対応型訪問介護	0:なし						○	○
地域密着型通所介護	0:なし						○	○
認知症対応型通所介護	0:なし						○	○
小規模多機能型 居宅介護	1:あり	1	きらく荘小規模多機能ホー ム	朝倉市城859			○	○
認知症対応型共同 生活介護	1:あり	1	きらく荘グループホーム	朝倉市城859			○	○
地域密着型特定施設 入居者生活介護	0:なし						○	○
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	0:なし						○	○
看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)	0:なし						○	○
居宅介護支援	1:あり	1	ケアプランサービスきらく荘	朝倉市城859		○	○	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

＜介護予防サービス＞					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護予防訪問入浴介護	0:なし				□		○	○
介護予防訪問看護	0:なし						○	○
介護予防訪問 リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防居宅療養 管理指導	0:なし						○	○
介護予防通所 リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防短期入所 生活介護	1:あり	1	介護予防きらく荘ショートステイ	朝倉市城859			○	○
介護予防短期入所 療養介護	0:なし						○	○
介護予防特定施設 入居者生活介護	0:なし						○	○
介護予防福祉用具貸与	0:なし						○	○
特定介護予防福祉 用具販売	0:なし						○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

＜地域密着型介護予防サービス＞					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護予防認知症 対応型通所介護	0:なし				□		○	○
介護予防小規模 多機能型居宅介護	1:あり	1	きらく荘介護予防小規模多 機能ホーム	朝倉市城859		○	○	
介護予防認知症 対応型共同生活介護	1:あり	1	介護予防きらく荘グループ ホーム	朝倉市城859		○	○	
介護予防支援	1:あり	1	介護予防ケアプランサービ スきらく荘	朝倉市城859		○	○	
＜介護保険施設＞								
介護老人福祉施設	1:あり	2	きらく荘 夢花館	朝倉市城859		○	○	
介護老人保健施設	0:なし					○	○	
介護医療院	0:なし					○	○	
介護療養型医療施設	0:なし				○	○		

2. 介護サービス(予防を含む)を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
事業所の名称	(ふりがな)	きらくそうぐるーぷほーむ		□		○	○
	きらく荘グループホーム					○	○
事業所の所在地	〒838-0022	市区町村コード	402281:朝倉市	□		○	○
	(都道府県から番地まで)	福岡県朝倉市城859				○	○
	(建物名・部屋番号等)					○	○
事業所の連絡先	電話番号	0946-21-5220		□		○	○
	FAX番号	0946-23-8062				○	○
	ホームページ	1:あり				○	○
	(ホームページアドレス)	http://www.kirakuso.jp				○	○
介護保険事業所番号	4072200381			□		○	○
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	町田 理恵		□		○	○
	職名	管理者				○	○
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)							
事業の開始(予定)年月日		2003/07/01		□		○	○
指定の年月日	介護サービス	2003/07/01				○	
	介護予防サービス	2003/07/01					○
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス	2015/07/01				○	
	介護予防サービス	2015/07/01					○
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。							
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定			1:あり	□		○	○
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者			0:なし	□		○	○
事業所までの主な利用交通手段							
(公共交通機関)甘木鉄道・甘木駅下車 バスセンターより西鉄バス(バス停)十文字下車→徒歩20分 (車)高速 朝倉インターで降りて直進。信号機右折後直進。直進後信号機あるも直進。386バイパス直進し、左手にきらく荘のたて看板有り。看板より右折。後は小看板に添って直進する。 (あいのりタクシー矢野竹線) 甘鉄甘木駅より乗車→きらく荘入口で下車				□		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等						確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
実人数	常勤		非常勤		合計					常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務						
管理者	0人	1人	—	—	1人	1人	<input type="checkbox"/>		○	○
計画作成担当者	0人	2人	0人	0人	2人	1.2人				
介護職員	11人	2人	3人	0人	16人	13.2人				
看護職員	0人	1人	0人	0人	1人	1人				
その他の従業者	0人	0人	0人	1人	1人	0.2				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					38時間		<input type="checkbox"/>		○	○
※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。										
従業者である計画作成担当者のうち介護支援専門員の人数	常勤		非常勤							
	専従	兼務	専従	兼務						
	0人	0人	0人	1人	<input type="checkbox"/>			○	○	
従業者である介護職員が有している資格										
延べ人数	常勤		非常勤							
	専従	兼務	専従	兼務						
介護福祉士	7人	2人	0人	0人	<input type="checkbox"/>			○	○	
実務者研修	0人	0人	0人	0人						
介護職員初任者研修	4人	0人	1人	0人						
介護支援専門員	0人	0人	0人	1人						
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	11人			<input type="checkbox"/>			○	○	
	宿直	0人								
管理者の他の職務との兼務の有無					1:あり		<input type="checkbox"/>		○	○
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等					1:あり					
(資格等の名称)					介護福祉士					
介護職員1人当たりの利用者数					1.4人		<input type="checkbox"/>		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者(つづき)

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
区分	計画作成担当者		介護職員					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
前年度の採用者数	0人	0人	3人	2人	□		○	○
前年度の退職者数	1人	0人	2人	0人			○	○
当該職種として業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	□			
1年未満の者の人数	0人	0人	2人	1人			○	○
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	0人	0人			○	○
3年～5年未満の者の人数	0人	0人	0人	1人			○	○
5年～10年未満の者の人数	0人	0人	5人	0人			○	○
10年以上の者の人数	2人	0人	6人	1人			○	○
※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。								
従業者の健康診断の実施状況				1:あり	□		○	○
従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況								
事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況					□		○	○
(その内容)	月1回の部署会議にて、テーマに添った内容を職員が講師となり、発表している。 外部講習、研修で得た知識の共有の為に、会議等で発表し、取り組み等を検討している。							
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組								
アセッサー(評価者)の人数					□		○	○
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4	□		○	○
外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況				0:なし	□		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針	確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
職員間の連携で個々にあった生活援助をしていくために報告連絡相談の徹底。 安全で安心した生活をしていただくために統一した支援を行う。 地域や関係諸機関との密接な連携を図りながら、認知症高齢者の総合的なサービスの提供に努める。	<input type="checkbox"/>		○	○
介護予防および介護度進行予防に関する方針				
個別対応の中でも、生活リハビリ、レクリエーションを充実することで、日常生活維持の援助を行います。	<input type="checkbox"/>			○
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。				
介護サービスの内容、入居定員等				
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)				
夜間支援体制加算(Ⅰ)	0:なし		○	○
夜間支援体制加算(Ⅱ)	0:なし		○	○
認知症行動・心理症状緊急対応加算	0:なし		○	○
若年性認知症利用者受入加算	1:あり		○	○
入院時費用	0:なし		○	○
看取り介護の実施(予防を除く)	0:なし		○	
医療連携体制加算(Ⅰ)(予防を除く)	1:あり		○	
医療連携体制加算(Ⅱ)(予防を除く)	0:なし	<input type="checkbox"/>	○	
医療連携体制加算(Ⅲ)(予防を除く)	0:なし		○	
退居時相談援助加算	0:なし		○	○
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0:なし		○	○
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0:なし		○	○
生活機能向上連携加算	0:なし		○	○
口腔衛生管理体制加算	0:なし		○	○
栄養スクリーニング加算	0:なし		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0:なし	□		○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0:なし			○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1:あり			○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1:あり			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0:なし			○	○
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0:なし			○	○
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1:あり			○	○
短期利用認知症対応型共同生活介護の提供	0:なし	□		○	○
共用型指定認知症対応型通所介護の提供	0:なし			○	○
協力医療機関の名称	福嶋医院・くまもと内科医院		□	○	○
(協力の内容)	定期受診 急変時の指示と対応			○	○
協力歯科医療機関	1:あり		□	○	○
(その名称)	豊原歯科			○	○
(協力の内容)	義歯の調整			○	○
看護師の確保方法	0:職員として配置		□	○	○
(契約の場合、契約先の名称)				○	○
バックアップ施設の名称	介護老人福祉施設 きらく荘 夢花館		□	○	○
(協力の内容)	急変時の対応 医療情報(感染症)に関する情報交換			○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

運営推進会議の開催状況(前年度)				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
(開催実績)	6回開催	(参加者延べ人数)	73人	□		○	○
(協議内容等)	事業所の取り組みについて ケアプランについて 高齢者の今の時期に注意する点について 感染予防の取り組み レクリエーション・グループホーム外部評価の結果報告					○	○
地域・市町村との連携状況	夏祭りや文化祭時には、地域へボランティアを募集して施設職員と一緒に盛り上げています。 又、宏志会で、作成された、新聞を地域の公民館にも配布して情報の提供を行っています。逆に、地域で開催されている行事にも(文化祭・ほたる祭り等)参加させていただき、地域の中核となれるように、連携を図っています。			□		○	○
利用に当たっての条件	要介護認定支援2～要介護5. 概ね自立され、医師による認知症の診断を受けた方			□		○	○
退居に当たっての条件	長期入院や死去 他事業所への入所			□		○	○
入居定員	2ユニット18人			□		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

認知症対応型共同生活介護の入居者の状況								確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
入居者の人数	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
65歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	□	○	○	
65歳以上75歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人		○	○	
75歳以上85歳未満	0人	0人	1人	3人	1人	0人	5人	5人		○	○	
85歳以上	0人	2人	5人	1人	5人	0人	13人	13人		○	○	
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
入居者の平均年齢								89.9歳			○	○
入居者の男女別人数		男性	1人	女性	17人					○	○	
入居率(一時的に不在となっている者を含む)								100%			○	○
認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度)												
退去先	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
自宅等	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人		○	○	
介護保険施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人		○	○	
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人		○	○	
医療機関	0人	0人	0人	1人	1人	0人	2人	2人	○	○		
死亡者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	○	○		
その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	○	○		
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
入居者の入居期間												
入居期間	6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上						
入居者数	2人	2人	6人	6人	2人	0人			○	○		

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
建物形態	1:併設型				□		○	○	
建物構造	鉄筋コンクリート造り2階建ての1階部分						○	○	
広さ等	敷地面積		延床面積			1室当たりの居室面積			
	11749㎡		3596.23㎡			15.0㎡		○	○
二人部屋の有無						0:なし		○	○
共同便所の設置数	男子便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			0か所	○	○	
	女子便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			0か所	○	○	
	男女共用便所	4か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			4か所	○	○	
個室の便所の設置数	0か所		(個室における便所の設置割合)			0%	○	○	
			(うち車いす等の対応が可能な数)			0か所	○	○	
浴室の設備状況									
浴室の総数			1か所				○	○	
	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴					
	1か所	0か所	0か所	0か所			○	○	
その他の浴室の設備の状況	2ユニット合同の浴槽であるが、各ユニットから利用できる。						○	○	
居間、食堂、台所の設備状況	台所で片付けをしながら利用者の状況等、全体が見渡せるようになっている。 居間から居室も近くいつでも居室へ戻ってくつろげる					○	○		
入居者等が調理を行う設備状況					1:あり	○	○		
その他の共用施設の設備状況					0:なし	○	○		
(その内容)						○	○		

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

バリアフリーの対応状況		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
(その内容)	全て施設内はバリアフリー	□		○	○	
消火設備等の状況			1:あり		○	○
(その内容)	消火器・スプリンクラー・パッケージ型消火栓・自動火災報知機・非常通報装置・誘導灯・非常用電源			○	○	
緊急通報装置の設置状況			2:一部あり		○	○
外線電話回線の設置状況			2:一部あり		○	○
テレビ回線の設置状況			3:各居室内にあり		○	○
事業所の敷地に関する事項						
敷地の面積			1958㎡		○	○
事業所を運営する法人が所有			3:あり		○	○
抵当権の設定			0:なし		○	○
貸借(借地)			0:なし		○	○
契約期間	始		終		○	○
契約の自動更新			0:なし		○	○
事業所の建物に関する事項						
建物の延床面積			1958㎡		○	○
事業所を運営する法人が所有			3:あり		○	○
抵当権の設定		0:なし		○	○	
貸借(借家)		0:なし		○	○	
契約期間	始	終		○	○	
契約の自動更新		0:なし		○	○	

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
窓口の名称	社会福祉法人 宏志会		□	○	○
電話番号	0946-21-1833			○	○
対応している時間	平日	9時00分～18時00分		○	○
	土曜	9時00分～18時00分		○	○
	日曜	9時00分～18時00分		○	○
	祝日	9時00分～18時00分		○	○
定休日	なし			○	○
留意事項	随時受け付け		○	○	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み					
損害賠償保険の加入状況	1:あり		□	○	○
介護サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容)	自然豊かな環境で利用者の個性及び生活能力に応じたその人らしい生活ができるよう援助している。		□	○	○
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等					
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況)		1:あり	□	○	○
当該結果の開示状況		0:なし		○	○
地域密着型サービスの外部評価の実施状況		1:あり	□	○	○
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)	2020/02/06			○	○
実施した評価機関の名称	福岡県社会福祉協議会			○	○
当該結果の開示状況	1:あり			○	○
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)	自己評価・外部評価結果			○	○
PDFファイル				○	○

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項

利用料等(入居者の負担額)				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
家賃(月額)	45000円			□		○	○
敷金	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
保証金の有無 (前払金)	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
(保全措置の内容)						○	○
(償却の有無)	0:なし					○	○
食材料費	1:あり	(朝食)	300円			○	○
		(昼食)	550円			○	○
		(夕食)	550円			○	○
		(おやつ)	0円			○	○
		(又は1日)	0円			○	○
その他の費用							
①理美容代	1:あり	(その費用の額)	1650円	□		○	○
算定方法						○	○
②おむつ代	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
算定方法						○	○
③その他 (なし)	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
算定方法						○	○
④その他 (なし)	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
算定方法						○	○
⑤その他 (なし)	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
算定方法						○	○

(事業所等同意確認欄)

令和 年 月 日

調査結果に事実誤認が無いこと及び本調査結果を公表することについて同意いたします。

事業所等の名称		㊞
本調査に係る代表者の職名及び氏名		