

事業所名: 特別養護老人ホーム きらく荘 事業所番号: 4072200134 (枝番) 00

**基本情報調査票：介護老人福祉施設**

(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 | 藤本 かおる |    | 所属・職名 | きらく荘・マネージャー |

**1. 施設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 |
|--------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|------|
| 法人等の名称                         | 法人等の種類       | 01:社会福祉法人(社協以外)                       | <input type="checkbox"/> |      |
|                                |              | (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<br>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    |                                       | <input type="checkbox"/> |      |
|                                | 福岡県朝倉市城859番地 |                                       |                          |      |
| 法人等の連絡先                        | 電話番号         | 0946-21-1833                          | <input type="checkbox"/> |      |
|                                | 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                                 | <input type="checkbox"/> |      |
|                                | 職名           | 理事長                                   |                          |      |
| 法人等の設立年月日                      | 1996/11/27   |                                       | <input type="checkbox"/> |      |

1. 施設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 |
|------------------------|------|------------------------|--------------------|-----------|----|------|
| 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 | 0                      |                    |           |    |      |
| 訪問入浴介護                 | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 訪問看護                   | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 訪問リハビリテーション            | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 居宅療養管理指導               | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 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番地 |    |      |
| 通所リハビリテーション            | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 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番地 |    |      |
| 短期入所療養介護               | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 特定施設入居者生活介護            | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 福祉用具貸与                 | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |
| 特定福祉用具販売               | 0:なし | 0                      |                    |           |    |      |

1. 施設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 |
|------------------------|------|---|---------------|-----------|----|------|
| 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 | 0 |               |           |    |      |
| 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 | 0 |               |           |    |      |
| 小規模多機能型居宅介護            | 1:あり | 1 | 小規模多機能ホーム     | 朝倉市城867番地 |    |      |
| 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番地 |    |      |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護       | 0:なし | 0 |               |           |    |      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護   | 0:なし | 0 |               |           |    |      |
| 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番地 |    |      |

1. 施設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 |
|---------------------|------|---|-----------------|-----------|----|------|
| 介護予防訪問入浴介護          | 0:なし | 0 |                 |           | □  |      |
| 介護予防訪問看護            | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防訪問<br>リハビリテーション | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防居宅療養<br>管理指導    | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防通所<br>リハビリテーション | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防短期入所<br>生活介護    | 1:あり | 1 | きらく荘介護予防ショートステイ | 朝倉市城859番地 |    |      |
| 介護予防短期入所<br>療養介護    | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防特定施設<br>入居者生活介護 | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 介護予防福祉用具貸与          | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |
| 特定介護予防福祉<br>用具販売    | 0:なし | 0 |                 |           |    |      |

1. 施設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 |  |
|----------------------|------|---|----------------------------------|-----------|----|------|--|
| 介護予防認知症<br>対応型通所介護   | 0:なし | 0 |                                  |           | □  |      |  |
| 介護予防小規模<br>多機能型居宅介護  | 1:あり | 1 | 介護予防小規模多機能<br>ホーム                | 朝倉市城867番地 |    |      |  |
| 介護予防認知症<br>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<br>ホーム              | 朝倉市城859番地 |    |      |  |
| 介護予防支援               | 1:あり | 1 | 介護予防ケアプランサービ<br>スきらく荘            | 朝倉市城859番地 |    |      |  |
| <介護保険施設>             |      |   |                                  |           |    |      |  |
| 介護老人福祉施設             | 1:あり | 2 | 特別養護老人ホームきらく<br>荘<br>特別養護老人ホーム夢花 | 朝倉市城859番地 |    |      |  |
| 介護老人保健施設             | 0:なし | 0 |                                  |           |    |      |  |
| 介護医療院                | 0:なし |   |                                  |           |    |      |  |
| 介護療養型医療施設            | 0:なし | 0 |                                  |           |    |      |  |

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする施設に関する事項

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先  |                             | 確認                       | 修正箇所 |
|---|-----------------------------|--------------------------|------|
| 施設の名称   | (ふりがな) とくべつようごろうじんほ一む きらくそう | <input type="checkbox"/> |      |
|   | 特別養護老人ホーム きらく荘              |                          |      |
| 施設の所在地  | 〒838-0022                   | <input type="checkbox"/> |      |
|   | 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番地   |                          |      |
| 施設の連絡先  | (建物名・部屋番号等)                 | <input type="checkbox"/> |      |
|   | 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   |                             |                          |      |
| 介護保険事業所番号   | 4072200134                  | <input type="checkbox"/> |      |
| 施設の管理者の氏名及び職名   | 氏名 梶原勝子                     | <input type="checkbox"/> |      |
|   | 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<br>(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  | 1998/05/25                  | <input type="checkbox"/> |      |
| 指定の年月日  | 2020/04/01                  |                          |      |
| 指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)  | 2020/04/01                  |                          |      |
| 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                        | <input type="checkbox"/> |      |
| 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  | 1:あり                        | <input type="checkbox"/> |      |
| 施設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→西鉄バス(バス停)十文字下車→徒歩10分<br>(車) 高速 朝倉インターで降り 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、左手にきらく荘の縦看板有り。看板より右折。後は小看板に添って直進する。<br>(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<br>※7時台~19時台まで時間設定あり。 |                             | <input type="checkbox"/> |      |

3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項

| 職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの入所者数等  |     |    |     |    |     |        | 確認 | 修正箇所 |
|---|-----|----|-----|----|-----|--------|----|------|
| 実人数   | 常勤  |    | 非常勤 |    | 合計  | 常勤換算人数 |    |      |
|   | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |     |        |    |      |
| 医師  | 0人  | 0人 | 1人  | 0人 | 1人  | 0.1    | □  |      |
| 生活相談員   | 1人  | 0人 | 0人  | 0人 | 1人  | 1人     |    |      |
| 看護職員  | 2人  | 0人 | 2人  | 0人 | 4人  | 3.64人  |    |      |
| 介護職員  | 16人 | 0人 | 4人  | 0人 | 20人 | 19.6人  |    |      |
| 管理栄養士   | 1人  | 0人 | 0人  | 0人 | 1人  | 1人     |    |      |
| 栄養士   | 0人  | 0人 | 0人  | 0人 | 0人  | 0人     |    |      |
| 機能訓練指導員   | 0人  | 0人 | 0人  | 1人 | 1人  | 0.1    |    |      |
| 介護支援専門員   | 1人  | 0人 | 0人  | 0人 | 1人  | 1人     |    |      |
| 調理員   | 0人  | 0人 | 0人  | 0人 | 0人  | 0人     |    |      |
| 事務員   | 1人  | 0人 | 0人  | 0人 | 1人  | 1人     |    |      |
| その他の従業者   | 0人  | 0人 | 0人  | 0人 | 0人  | 0人     |    |      |
| 留意事項  |     |    |     |    |     |        |    |      |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数  |     |    |     |    |     | 38時間   | □  |      |
| ※1 常勤換算人数とは、当該施設の従業者の勤務延時間数を当該施設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、当該施設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。<br>※2 以下の職種については、指定基準等(※)において、施設の規模に応じた基準又は標準とされた従業者の員数が定められている。<br>なお、それぞれ定められた場合には、これを置かないとすることができる。<br>・生活相談員:入所者の数が100又はその端数増すごとに1以上<br>・看護職員及び介護職員:入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上<br>・栄養士:1以上<br>・機能訓練指導員:1以上<br>・介護支援専門員:入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上<br>※指定基準等<br>・「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第39号)」<br>・「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日老企第43号)」 |     |    |     |    |     |        |    |      |

3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項(つづき)

| 従業者である介護職員が有している資格           |        |        |            | 確認   | 修正箇所 |   |
|------------------------------|--------|--------|------------|------|------|---|
| 延べ人数                         | 常勤     |        | 非常勤        |      |      |   |
|                              |        | 専従     | 兼務         | 専従   | 兼務   |   |
| 介護福祉士                        | 10人    | 0人     | 4人         | 0人   | □    |   |
| 実務者研修                        | 1人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 介護職員初任者研修                    | 1人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 介護支援専門員                      | 1人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格        |        |        |            | 確認   | 修正箇所 |   |
| 延べ人数                         | 常勤     |        | 非常勤        |      |      |   |
|                              |        | 専従     | 兼務         | 専従   | 兼務   |   |
| 理学療法士                        | 0人     | 0人     | 1人         | 1人   | □    |   |
| 作業療法士                        | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 言語聴覚士                        | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 看護師及び准看護師                    | 2人     | 0人     | 2人         | 0人   |      |   |
| 柔道整復師                        | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| あん摩マッサージ指圧師                  | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| はり師                          | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| きゅう師                         | 0人     | 0人     | 0人         | 0人   |      |   |
| 管理者の他の職務との兼務の有無              |        |        | 1:あり       |      | □    |   |
| 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)                     | 社会福祉主事 |        |            |      |      |   |
| 看護職員及び介護職員1人当たりの入所者数         |        |        |            | 2.5人 | □    |   |
| 夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の数     | 最少時の人数 |        |            | 2人   | □    |   |
|                              | 平均の人数  |        |            | 2人   |      |   |
| 医師の氏名                        | 古賀 章正  | 勤務先    | 古賀循環器クリニック |      |      | □ |
| 当該医師が担当している診療科の名称            |        | 内科 循環器 |            |      |      |   |



3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項(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 |
|--------------------------------|------|-----|-------|-----|------|-----|----|------|
| 区分                             | 医師   |     | 生活相談員 |     | 介護職員 |     |    |      |
|                                | 常勤   | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤   | 非常勤 |    |      |
| 前年度の採用者数                       | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 3人   | 1人  | □  |      |
| 前年度の退職者数                       | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 0人   | 2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 | 常勤   | 非常勤 | □  |      |
| 1年未満の者の人数                      | 0人   | 1人  | 0人    | 0人  | 2人   | 0人  |    |      |
| 1年～3年未満の者の人数                   | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 3人   | 0人  |    |      |
| 3年～5年未満の者の人数                   | 0人   | 0人  | 1人    | 0人  | 3人   | 0人  |    |      |
| 5年～10年未満の者の人数                  | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 5人   | 2人  |    |      |
| 10年以上の者の人数                     | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 3人   | 2人  |    |      |
| 区分                             | 看護職員 |     | 管理栄養士 |     | 栄養士  |     | □  |      |
|                                | 常勤   | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤   | 非常勤 |    |      |
| 前年度の採用者数                       | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 0人   | 0人  | □  |      |
| 前年度の退職者数                       | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 0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 | 常勤   | 非常勤 | □  |      |
| 1年未満の者の人数                      | 0人   | 0人  | 0人    | 0人  | 0人   | 0人  |    |      |
| 1年～3年未満の者の人数                   | 0人   | 0人  | 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    | 0人  | 0人   | 0人  |    |      |
| 5年～10年未満の者の人数                  | 0人   | 0人  | 1人    | 0人  | 0人   | 0人  |    |      |
| 10年以上の者の人数                     | 2人   | 2人  | 0人    | 0人  | 0人   | 0人  |    |      |

3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項(つづき)

| 区分  | 機能訓練指導員   |       | 介護支援専門員 |      | 確認                       | 修正箇所 |
|---|---|-------|---------|------|--------------------------|------|
|   | 常勤  | 非常勤   | 常勤      | 非常勤  |                          |      |
| 前年度の採用者数                                  | 0人  | 1人    | 0人      | 0人   | <input type="checkbox"/> |      |
| 前年度の退職者数                                  | 0人  | 0人    | 0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  | <input type="checkbox"/> |      |
| 1年未満の者の人数                                 | 0人  | 0人    | 0人      | 0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      | 0人   |                          |      |
| 5年～10年未満の者の人数                             | 0人  | 1人    | 0人      | 0人   |                          |      |
| 10年以上の者の人数                                | 0人  | 0人    | 1人      | 0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 | <input type="checkbox"/> |      |
| 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)                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情、トラブルに対する対応の仕方。救急救命、感染予防</li> <li>・高齢虐待の権利擁護、接遇マナー、リスクマネジメント</li> </ul> |       |         |      | <input type="checkbox"/> |      |
| 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                             |   |       | 0人      |      | <input type="checkbox"/> |      |
| 段位取得者の人数                                  | レベル2①   | レベル2② | レベル3    | レベル4 | <input type="checkbox"/> |      |
|   | 0人  | 0人    | 0人      | 0人   |                          |      |
| 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 | <input type="checkbox"/> |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項

| 施設の運営に関する方針  | 確認   | 修正箇所 |
|--|------|------|
| <p>【社是】誠心・誠意<br/>                     【基本理念】地域社会と連携しながら、利用者の個性及び生活能力に応じた適切な処遇を行い、「幸せな老後生活」の実現を目指すとともに、施設福祉と在宅福祉の相乗効果により、積極的な「地域福祉の充実」を図り、福祉の増進向上に努力する。</p> | □    |      |
| 介護サービスの内容等   |      |      |
| 介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)   |      |      |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ)  | 0:なし |      |
| 日常生活継続支援加算(Ⅱ)  | 0:なし |      |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ   | 1:あり |      |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ   | 0:なし |      |
| 看護体制加算(Ⅱ)イ   | 0:なし |      |
| 看護体制加算(Ⅱ)ロ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ   | 1:あり |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ   | 0:なし |      |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ   | 0:なし |      |
| 準ユニットケア加算  | 0:なし |      |
| 生活機能向上連携加算   | 1:あり |      |
| 個別機能訓練の実施  | 0:なし |      |
| 若年性認知症入所者の受入   | 0:なし |      |
| 専従の常勤医師の配置   | 0:なし |      |
| 精神科医師による月2回以上の療養指導の実施  | 0:なし |      |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅰ)   | 0:なし |      |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ)   | 0:なし |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

|                       |      | 確認 | 修正箇所 |
|-----------------------|------|----|------|
| 外泊時費用                 | 0:なし | □  |      |
| 外泊時の在宅サービスの実施         | 0:なし |    |      |
| 再入所時栄養連携加算            | 0:なし |    |      |
| 退所前訪問相談援助の実施          | 0:なし |    |      |
| 退所後訪問相談援助の実施          | 0:なし |    |      |
| 退所時相談援助の実施            | 0:なし |    |      |
| 退所前連携の実施              | 0:なし |    |      |
| 栄養マネジメントの実施           | 1:あり |    |      |
| 低栄養リスク改善加算            | 0:なし |    |      |
| 経管栄養の入所者に対する経口移行の実施   | 0:なし |    |      |
| 経口維持加算(Ⅰ)             | 0:なし |    |      |
| 経口維持加算(Ⅱ)             | 0:なし |    |      |
| 口腔衛生管理体制加算            | 1:あり |    |      |
| 口腔衛生管理加算              | 1:あり |    |      |
| 療養食の実施                | 0:なし |    |      |
| 配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間の対応) | 0:なし |    |      |
| 配置医師緊急時対応加算(深夜の対応)    | 0:なし |    |      |
| 看取り介護加算(Ⅰ)            | 0:なし |    |      |
| 看取り介護加算(Ⅱ)            | 0:なし |    |      |
| 在宅復帰支援機能              | 0:なし |    |      |
| 在宅・入所相互利用の実施          | 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 |    |      |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算      | 0:なし |    |      |
| 褥瘡マネジメント加算            | 0:なし |    |      |
| 排せつ支援加算               | 0:なし |    |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

|  |                                     | 確認 | 修正箇所 |
|--|-------------------------------------|----|------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ                       | 1:あり                                | □  |      |
| 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)                        | 0:なし                                |    |      |
| 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)                       | 1:あり                                |    |      |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)                       | 0:なし                                |    |      |
| リハビリテーション等の実施状況                        |                                     |    |      |
| (実施内容)                                 | メドマー、マイクロ、起立訓練傾斜ベット、可動機訓練、歩行訓練、立位訓練 | □  |      |
| 協力病院の名称                                | 古賀循環器内科                             | □  |      |
| (協力に関する内容)                             | 利用者に急変があった場合、診察、治療を行う               |    |      |
| 協力歯科医療機関                               | 1:あり                                | □  |      |
| (その名称)                                 | 豊原歯科医院                              |    |      |
| (協力に関する内容)                             | 利用者に急変があった場合、診察、治療を行う               |    |      |
| 入所定員                                   | 50人                                 | □  |      |
| 待機者数(入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える場合) | 1:あり                                | □  |      |
| (その人数:「入所申込者の数」-「入所定員」-「入所者」)          | 50人                                 |    |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

| 介護サービスの入所者への提供実績(記入日前月の状況) |       |      |       |      |      |     | 確認                       | 修正箇所 |
|----------------------------|-------|------|-------|------|------|-----|--------------------------|------|
| 入所者の人数                     | 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    | 1人   | 0人   | 1人  | <input type="checkbox"/> |      |
| 65歳以上75歳未満                 | 0人    | 0人   | 2人    | 1人   | 1人   | 4人  |                          |      |
| 75歳以上85歳未満                 | 1人    | 0人   | 1人    | 5人   | 6人   | 13人 |                          |      |
| 85歳以上                      | 1人    | 2人   | 9人    | 11人  | 12人  | 35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。 |       |      |       |      |      |     |                          |      |
| 入所者の平均年齢                   | 86.7歳 |      |       |      |      |     | <input type="checkbox"/> |      |
| 入所者の男女別人数                  | 男性    | 9人   |       | 女性   | 41人  |     | <input type="checkbox"/> |      |
| 退所者の人数(前年度の状況)             |       |      |       |      |      |     | <input type="checkbox"/> |      |
| 退所先                        | 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  |                          |      |
| 介護保険施設                     | 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  |                          |      |
| 医療機関                       | 0人    | 0人   | 2人    | 0人   | 0人   | 2人  |                          |      |
| 死亡者                        | 0人    | 0人   | 3人    | 0人   | 3人   | 6人  |                          |      |
| その他                        | 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。 |       |      |       |      |      |     |                          |      |
| 入所者の平均的な入所日数(前年度末時点)       |       |      | 1218日 |      |      |     | <input type="checkbox"/> |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

| 介護サービスを提供する施設、設備等の状況 |   |     |                  |        |        |        | 確認 | 修正箇所 |
|----------------------|---|-----|------------------|--------|--------|--------|----|------|
| 建物の構造                | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物                   |     |                  |        |        | 1:あり   | □  |      |
|                      | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物                  |     |                  |        |        | 1:あり   |    |      |
|                      | 木造平屋建てであって、火災に係る利用者の安全性の確保のための一定の要件を満たす建物 |     |                  |        |        | 1:あり   |    |      |
|                      | 地上階                                       | 1階  |                  |        | 地下階    | 0階     |    |      |
| 報酬類型                 | ユニット型個室                                   |     | ユニット型個室的多床室      |        |        | /      |    |      |
|                      | 0:なし                                      |     | 0:なし             |        |        |        |    |      |
|                      | 従来型個室                                     |     | 多床室              |        |        |        |    |      |
|                      | 0:なし                                      |     | 1:あり             |        |        |        |    |      |
| 居室の状況                |   | 個室  | 2人部屋             | 3人部屋   | 4人部屋   | 5人部屋以上 |    |      |
|                      | 居室の数                                      | 0   | 1                | 1      | 12     | 0      |    |      |
|                      | 居室の床面積                                    | 0㎡  | 25.56㎡           | 41.66㎡ | 45.19㎡ | 0㎡     |    |      |
| 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                                    | 0か所 | (うち車いす等の対応が可能な数) |        |        | 0か所    |    |      |
| 個室の便所の設置数            | 14か所                                      |     | (個室における便所の設置割合)  |        |        | 100%   |    |      |
|                      |   |     | (うち車いす等の対応が可能な数) |        |        | 14か所   |    |      |

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

| 浴室の設備状況                           |                   |                           |      | 確認 | 修正箇所 |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|------|----|------|
| 浴室の総数                             |                   | 3か所                       |      | □  |      |
| 個浴                                | 大浴槽               | 特殊浴槽                      | リフト浴 |    |      |
| 1か所                               | 1か所               | 1か所                       | 0か所  |    |      |
| その他の浴室の設備の状況                      | スロープ              |                           |      |    |      |
| 食堂の設備状況                           | なし                |                           |      |    |      |
| 入所者等が調理を行う設備状況                    |                   |                           | 0:なし |    |      |
| 消火設備等の状況                          |                   |                           | 1:あり |    |      |
| (その内容)                            | スプリンクラー・屋内消火栓・消火器 |                           |      |    |      |
| 短期入所生活介護事業所を併設している場合              |                   |                           | 1:あり |    |      |
| (その利用定員)                          | 3人                |                           |      |    |      |
| 入所者等からの苦情に対応する窓口等の状況              |                   |                           |      |    |      |
| 窓口の名称                             |                   | 社会福祉法人 宏志会 苦情窓口           |      | □  |      |
| 電話番号                              |                   | 0946-21-1833              |      |    |      |
| 対応している時間                          | 平日                | 8時30分～17時30分              |      |    |      |
|                                   | 土曜                | 8時30分～17時30分              |      |    |      |
|                                   | 日曜                | 8時30分～17時30分              |      |    |      |
|                                   | 祝日                | 8時30分～17時30分              |      |    |      |
| 定休日                               |                   | なし                        |      |    |      |
| 留意事項                              |                   | 営業時間外においても、緊急時には対応しております。 |      |    |      |
| 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 | □  |      |



4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

| 介護サービスの提供内容に関する特色等   |  | 確認                       | 修正箇所                     |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| (その内容)   | マニュアルに添った均等化したサービスと利用者様満足のための個別処遇の充実を目指す | <input type="checkbox"/> |                          |
| 介護相談員の受け入れ状況の有無  |  | 0:なし                     | <input type="checkbox"/> |
| 入所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  |  |                          |                          |
| 入所者アンケート調査、意見箱等入所者の意見等を把握する取組の状況<br>(記入日前1年間の状況)   |  | 1:あり                     | <input type="checkbox"/> |
| 当該結果の開示状況  |  | 0:なし                     |                          |
| 第三者による評価の実施状況等(記入日前4年間の状況)   |  | 1:あり                     | <input type="checkbox"/> |
| 実施した直近の年月日<br>(評価結果確定日)  | 2018/10/24                               |                          |                          |
| 実施した評価機関の名称  | EQA国際認証センター                              |                          |                          |
| 当該結果の開示状況  | 0:なし                                     |                          |                          |
| (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)  |  |                          |                          |
| 当該結果の一部の公表の同意  |  | 0:なし                     |                          |
| 評価機関による総評  |  |                          |                          |
| 事業所のコメント   |  |                          |                          |
| <p>※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)</p> <p>※評価機関による総評、事業所のコメントは「福祉サービス第三者評価に関する指針」(平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知)別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評(特に評価の高い点、改善を求められる点)」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。</p> |  |                          |                          |

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

| 介護給付以外のサービスに要する費用   |      | 確認 | 修正箇所 |
|---|------|----|------|
| 食事の提供に要する費用の額及びその算定方法   |      | □  |      |
| 朝食300円 昼食550円 夕食550円  |      |    |      |
| 居住に要する費用の額及びその算定方法  |      |    |      |
| 多床室840円   |      |    |      |
| 入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法                      |      |    |      |
| なし  |      |    |      |
| 入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法                      |      |    |      |
| 実費負担  |      |    |      |
| 理美容代及びその算定方法  |      |    |      |
| 1回当たり1620円  |      |    |      |
| 当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法 |      |    |      |
| なし  |      |    |      |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無                                       | 0:なし | □  |      |

(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 |  |   |