

事業所名: きらく荘 小規模多機能ホーム 事業所番号: 4092200031 (枝番) 00

基本情報調査票: 小規模多機能型居宅介護 (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21日
記入者名	矢ヶ部 順子		所属・職名	小規模多機能ホーム・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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
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	0946-21-0756	□		○	○
	FAX番号	0946-21-1851			○	○
	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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
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. 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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0:なし	0			□		○	○
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	0					○	○
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	きらく荘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	0				○	○	
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. 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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
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 リハビリテーション	0:なし	0					○	○
介護予防居宅療養 管理指導	0:なし	0					○	○
介護予防通所 リハビリテーション	0:なし	0					○	○
介護予防短期入所 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 療養介護	0:なし	0					○	○
介護予防特定施設 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 用具販売	0:なし	0					○	○

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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
介護予防認知症 対応型通所介護	0:なし	0			□		○	○
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867番地			○	○
介護予防認知症 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			○	○
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番地	□		○	○
<介護保険施設>								
介護老人福祉施設	1:あり	2	介護老人福祉施設きらく荘 介護老人福祉施設夢花館	朝倉市城859番地 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	0					○	○
介護療養型医療施設	0:なし	0					○	○

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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
事業所の名称	(ふりがな) きらくそう しょうきぼたきのうほーむ	□		○	○
	きらく荘 小規模多機能ホーム				
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867				
	(建物名・部屋番号等)				
事業所の連絡先	電話番号 0946-21-0756	□		○	○
	FAX番号 0946-21-1851				
	ホームページ 1:あり				
	(ホームページアドレス) http://www.kirakuso.jp				
サテライト事業所	0:なし (そのか所数) 0か所	□		○	○
事業所の所在地					
介護保険事業所番号	4092200031	□		○	○
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名 矢ヶ部 順子	□		○	○
	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	2008/08/01	□		○	○
指定の年月日	介護サービス 2020/08/01				
	介護予防サービス 2020/08/01				
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 2020/08/01				
	介護予防サービス 2020/08/01				
※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⇒路線バス(矢野竹行き)乗車⇒三奈木小学校下車徒歩10分(車) 高速道路利用時:朝倉インターで降り、朝倉IC入口の信号を右折⇒比良松交差点を直進し国道386号バイパス直進⇒約3Km左手にきらく荘の縦看板あり、看板より右折⇒道なりに約1Km直進⇒交差点を右折し約300m直進し右折し到着 (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		□		○	○
高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービス	0:なし	□		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間等						確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
実人数	常勤		非常勤		合計				
	専従	兼務	専従	兼務					
管理者	0人	1人	—	—	1人	1人	□	○	○
介護支援専門員	0人	0人	0人	1人	1人	0.6		○	○
介護職員	10人	0人	5人	0人	15人	11人		○	○
看護職員	1人	0人	0人	1人	2人	1人		○	○
その他の従業者	0人	0人	0人	0人	0人	0人		○	○
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					38時間	□		○	○
※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。									
従業者である介護職員が有している資格									
延べ人数	常勤			非常勤		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
	専従	兼務		専従	兼務				
介護福祉士	4人	0人		1人	0人	□		○	○
実務者研修	0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	0人	0人		0人	0人		○	○	
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	9人		(うち併施設等との兼務)	0人	□		○	○
	宿直	6人		(うち併施設等との兼務)	6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)					介護福祉士、介護支援専門員		○	○	

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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
区分	介護支援専門員		その他の従業者					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
前年度の採用者数	2人	0人	0人	0人	□		○	○
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	□			
1年未満の者の人数	0人	0人	1人	0人		○	○	
1年～3年未満の者の人数	0人	1人	0人	5人		○	○	
3年～5年未満の者の人数	0人	0人	5人	0人		○	○	
5年～10年未満の者の人数	0人	0人	4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	□		○	○
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"> ・月1回の部署会議にて、テーマに添った勉強会の実施を行い、各職員が講師となる ・各自で受講した外部研修の内容の紹介を行い、今後の取り組みを発表する 							
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		0人			□		○	○
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4	□		○	○
	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	□		○	○

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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
住み慣れた地域で生活を継続し、有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営む事ができるよう支援していく		<input type="checkbox"/>		○	○
介護予防および介護度進行予防に関する方針		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
利用者個々の残存機能の活用、生活リハビリ、個別レクリエーションを取り入れて、日常生活維持の援助		<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。					
営業時間等		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
営業時間	通いサービス	9時00分～16時00分	<input type="checkbox"/>	○	○
	宿泊サービス	16時00分～9時00分		○	○
	訪問サービス	24時間		○	○
時間外対応の実績 (記入日前月の前1年間の状況)	なし		<input type="checkbox"/>	○	○
通常の事業の実施地域	朝倉市		<input type="checkbox"/>	○	○
利用者の送迎の実施		1:あり	<input type="checkbox"/>	○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスの内容等		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)					
認知症加算(Ⅰ)(予防を除く)	1:あり	□		○	
認知症加算(Ⅱ)(予防を除く)	1:あり			○	
若年性認知症利用者受入加算	1:あり			○	○
看護職員配置加算(Ⅰ)(予防を除く)	1:あり			○	
看護職員配置加算(Ⅱ)(予防を除く)	1:あり			○	
看護職員配置加算(Ⅲ)(予防を除く)	0:なし			○	
看取り連携体制加算(予防を除く)	0:なし			○	
訪問体制強化加算(予防を除く)	0:なし			○	
総合マネジメント体制強化加算	1:あり			○	○
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	0:なし			○	○
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	0:なし			○	○
栄養スクリーニング加算	0:なし			○	○
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		○	○	
短期利用居宅介護の提供	1:あり	□		○	○
介護サービスの提供内容に関する特色等	家庭的な環境で利用者の個性および生活能力に応じたその人らしい生活ができるように支援している	□		○	○
サービス利用に当たっての留意事項	事前の施設見学 利用者本人の生活状況、ADL状況、認知症状の把握	□		○	○
体験利用の内容	昼食・レクリエーション・ティータイム・入浴(希望される場合)・送迎(希望される場合) 泊まりサービス	□		○	○

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	小規模多機能	介護予防 小規模多機能								
協力医療機関の名称	福嶋医院	□		○	○								
(協力の内容)	急変時における指示・対応			○	○								
協力歯科医療機関	1:あり	□		○	○								
(協力の名称)	豊原歯科医院			○	○								
(協力の内容)	急変時における指示、対応			○	○								
バックアップ施設の名称	きらく荘 グループホーム/特別養護老人ホーム きらく荘/夢花館	□		○	○								
(協力の内容)	緊急事態が生じた際の積極的援助			○	○								
運営推進会議の開催状況(前年度)													
(開催実績)	6回	□		○	○								
(協議内容等)	(1)年間計画・1年間の取り組み内容計画報告 (2)利用者の転倒事故、対策について(転倒予防の対応策について) (3)認知症について (4)外部評価結果報告(第3者評価)					○	○						
地域・市町村との連携状況	市役所からの情報提供 地域行事の情報提供	□		○	○								
小規模多機能型居宅介護の登録者の状況(記入日前月の状況)													
登録定員	29人	□		○	○								
通いサービス利用定員	18人			宿泊サービス利用定員	9人	○	○						
登録者の人数	要支援1	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	1人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	4人		○	○		
75歳以上85歳未満	0人	0人	4人	3人	3人	2人	1人	13人		○	○		
85歳以上	0人	2人	2人	5人	1人	1人	0人	11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。													
登録者の平均年齢								85.6歳		□	○	○	
登録者の男女別人数	男性			4人			女性		23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)

介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)									確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能		
利用者の人数	要支援1	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						
通いサービス	1人	3人	8人	8人	4人	3人	1人	28人	<input type="checkbox"/>		○	○		
(前年同月の提供実績)	0人	6人	14人	4人	1人	0人	0人	25人			○	○		
宿泊サービス	0人	0人	4人	1人	3人	3人	1人	12人			○	○		
(前年同月の提供実績)	0人	1人	5人	1人	1人	0人	0人	8人			○	○		
訪問サービス	1人	2人	8人	6人	3人	2人	0人	22人			○	○		
(前年同月の提供実績)	1人	1人	3人	2人	2人	0人	0人	9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。														
介護サービスを提供する事業所、設備等の状況														
建物形態	1:併設型								<input type="checkbox"/>		○	○		
建物構造	木造造り1階建ての1階部分								<input type="checkbox"/>		○	○		
広さ等	敷地面積		延床面積			居間及び食堂の面積								
	3426㎡		313.28㎡			55.66㎡			<input type="checkbox"/>		○	○		
	宿泊室について													
	個室		9室										<input type="checkbox"/>	○
1室当たりの居室面積		9㎡										○		○
上記以外の宿泊室		1室										○		○
便所の設置数	3か所		(うち手すりの設置がある数)				3か所		<input type="checkbox"/>		○	○		
			(うち車いす等の対応が可能な数)				3か所				○	○		
バリアフリーの対応状況														
(その内容)	廊下、ホール、居室、トイレに段差がなく、フラットな状態で、車いすでの移動可能 廊下、ホールには、手すりを設置								<input type="checkbox"/>		○	○		
消火設備等の状況														
(その内容)	消火器・パッケージ型消火栓・スプリンクラ・緊急通報装置・火災報知器								<input type="checkbox"/>		○	○		

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

事業所の敷地に関する事項		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能	
敷地の面積	3426㎡	□		○	○	
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(併設している施設等を含む)	313.28㎡	□		○	○	
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			○	○	
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	ご利用相談室	□		○	○	
電話番号	0946-21-0756			○	○	
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	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)

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		確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
損害賠償保険の加入状況	1:あり	<input type="checkbox"/>		○	○
利用者等の意見を把握する体制、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	<input type="checkbox"/>		○	○
当該結果の開示状況	1:あり			○	○
地域密着型サービスの外部評価の実施状況		<input type="checkbox"/>		○	○
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)	2018/10/24			○	○
結果の内容又は開示方法				○	○
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(利用者の負担額)				確認	修正箇所	小規模多機能	介護予防 小規模多機能
食費	1:あり	朝食	300円	□		○	○
		昼食	550円		○	○	
		夕食	550円		○	○	
		おやつ	0円		○	○	
宿泊費	1:あり	(その額)	2500円	□		○	○
その他の費用							
①その他	(洗濯代)	1:あり	(その額)	600円	□	○	○
(算定方法)		1ヶ月の洗濯代				○	○
②その他	()	0:なし	(その額)	円	□	○	○
(算定方法)						○	○
③その他	()	0:なし	(その額)	円	□	○	○
(算定方法)						○	○
④その他	()	0:なし	(その額)	円	□	○	○
(算定方法)						○	○
⑤その他	()	0:なし	(その額)	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		㊞