

事業所名: 八女の里 ヘルパーステーション 事業所番号: 4072300207 (枝番)

基本情報 (訪問介護)

ペーじ色の項目は必須項目
ですので、必ず全項目を埋めて
提出してください。
黄色色の項目は該当がある場合
記入してください。

| | | | |
|------|---------|------------|------------------------------|
| 計画年度 | 2007 年度 | 報告日(記入年月日) | 2007/11/01 |
| 記入者名 | 坂本 純子 | 所属・職名 | 八女の里 ヘルパーステーション サービス提供責任者 |

書式: yyyy/mm/dd
入力規則: 日付
例: 2007/05/25

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 | |
| 法人等の名称 | 法人等の種類 [01] 01: 社会福祉法人(社協以外) 02: 社会福祉法人(社協) 03: 医療法人 04: 社団・財団 05: 営利法人 06: NPO 07: 農協 08: 生協 09: その他法人 10: 地方公共団体(都道府県) 11: 地方公共団体(市町村) 12: 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99: その他 |
| | (その他の場合、その名称) 黄色 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん やめふくしかい |
| | 社会福祉法人 八女福祉会 |
| 法人等の主たる事務所の所在地 | 〒 834-0022 福岡県八女市柳島 863 |
| 法人等の連絡先 | 電話番号 0943-22-2200 |
| | FAX番号 0943-22-2403 |
| | ホームページアドレス [1] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → http://www.yame-sato.com/ 黄色 |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 紫原 明廣 |
| | 職名 理事長 |
| 法人等の設立年月日 | 1984/11/24 |

書式: 半角文字
例: 092-000-0000

書式: yyyy/mm/dd
例: 2000/04/01

クリックすると右下に▼が表示されるので、クリックして該当項目を選択してください

| 法人等が当該都道府県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----|------------------------------|-----------------|
| 介護サービスの種類 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | [1] 0.なし・1.あり | 1 | 八女の里ヘルパーステーション | 八女市柳島 |
| 訪問入浴介護 | [1] 0.なし・1.あり | 1 | 八女の里ヘルパーステーション さわやか入浴介護 | 八女市柳島 |
| 訪問看護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 通所介護 | [1] 0.なし・1.あり | 2 | 八女の里デイサービスセンター ふれあい荘 なごみ荘 | 八女市柳島 八女市前古賀 |
| 通所リハビリテーション | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 短期入所生活介護 | [1] 0.なし・1.あり | 1 | 介護老人福祉施設 八女の里 | 八女市柳島 |
| 短期入所療養介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 特定福祉用具販売 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [1] 0.なし・1.あり | 1 | 八女の里デイサービスセンター 憩いの森 | 八女市柳島 |
| 小規模多機能型居宅介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | [0] 0.なし・1.あり | | | |
| 居宅介護支援 | [1] 0.なし・1.あり | 1 | 八女の里在宅介護支援センター | 八女市柳島 |

あり「1」を選択した場合、県内で法人等が運営する、現在記入している事業所以外の事業所の「ヶ所数」を記入してください。

各サービス一つずつ現在記入している事業所以外の、事業所の名称と所在地を記入してください。

| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
|------------------|-------|--------------|---|---|
| 介護予防訪問介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 八女の里ヘルパーステーション 八女市柳島 |
| 介護予防訪問入浴介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 八女の里ヘルパーステーション さわやか入浴介護 八女市柳島 |
| 介護予防訪問看護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防通所介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 2 | 八女の里デイサービスセンター ふれあい荘 なごみ荘 八女市柳島 八女市前古賀 |
| 介護予防通所リハビリテーション | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 介護老人福祉施設 八女の里 八女市柳島 |
| 介護予防短期入所療養介護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 八女の里デイサービスセンター 憩いの森 八女市柳島 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防支援 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 八女の里在宅介護支援センター 八女市柳島 |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 | 特別養護老人ホーム 八女の里 八女市柳島 |
| 介護老人保健施設 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護療養型医療施設 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |

2. 介護サービスを提供し、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 | |
|---|--|
| 事業所の名称 | (ふりがな) やめのさと へるぱーすてーしょん |
| | 八女の里 ヘルパーステーション |
| 事業所の所在地 | 〒834-0022 市区町村コード 402107 |
| | 福岡県八女市柳島 863 |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 0943-22-6900 |
| | FAX番号 0943-22-2403 |
| | ホームページアドレス [1] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → http://www.yame-sato.com/ |
| 介護保険事業所番号 | 4072300207 |
| 事業所の管理者の氏名及び職名 | 氏名 松尾 宗敏 |
| | 職名 施設長 |
| 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 | 2000/04/01 |
| 指定の年月日 | 2000/04/01 |
| 指定の更新年月日(直近) | 2006/04/01 |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 事業所までの主な利用交通手段 | |
| JR羽犬塚駅より、国道442号線を、黒木・矢部方面へ車で約30分 | |

書式:数値
入力規則:半角整数6桁
福岡県団体コードを検索してく

書式:半角文字
例:092-000-0000

介護保険の指定に関係なく、開設した年月日
例:2005/04/01

介護保険(県への指定申請)における指定を受けた年月日を記入

「変更・修正」ではなく、「更新」を行なった年月日

3. 事業所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人当たりの利用者数等 | | | | | | |
|--|--------|-----|-----------------|-----|-----------------|--------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 訪問介護員等 | 2人 | 1人 | 8人 | 7人 | 18人 | 8.7人 |
| うちサービス提供責任者(再掲) | 2人 | - | - | - | 2人 | - |
| 事務員 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0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 | | | | | 40 | 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。 | | | | | | |
| 従業者である訪問介護員等が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 介護福祉士 | 2人 | 2人 | 1人 | 2人 | 1人 | |
| 介護職員基礎研修 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 訪問介護員 1級 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 2級 | 0人 | 0人 | 0人 | 8人 | 0人 | |
| 3級 | 0人 | - | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 訪問介護員養成研修に相当するものとして都道府県知事が認めた研修の修了者 | 0人 | - | 0人 | 3人 | 1人 | |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | [1] 0.なし・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] 0.なし・1.あり | |
| 1.あり: → 資格等の名称 | | | | | 社会福祉士 介護支援専門員 | |
| 訪問介護員等1人当たりの1か月のサービス提供時間数 | | | | | 69.7 | 時間 |
| 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 | | | | | | |
| 区分 | 訪問介護員等 | | | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | うちサービス提供責任者(再掲) | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 3人 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 4人 | | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 3人 | | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 5人 | | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 3人 | | |
| 10年以上の者の人数 | 3人 | 2人 | 0人 | 0人 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | [1] 0.なし・1.あり | |

【計算式】
1週間の勤務時間÷事業所が定める1週間の勤務時間
小数点以下第2位を切り捨てて、小数点第1位までを記入

就業規則等で定められた1週間当たりの労働時間を記入してください。

「利用者への提供実績(時間)」「身体介護中心型及び生活援助中心型の1ヶ月の提供時間」を訪問介護員の常勤換算人数の合計数で除した数を記載ください。小数第2以下は切り捨て

平成18年度
(2006/04/01～2007/03/31)
の状況 ※青色二重線

事業所での経験年数ではなく、当該職種に従事した年数について記入してください。

4. 介護サービスの内容に関する事項

| | | | | | | | | |
|--|-------------|------|------|------|------|------|-----|----|
| 事業所の運営に関する方針 | | | | | | | | |
| 要介護者の、心身の状況を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事・その他生活全般にわたる援助を行う。 | | | | | | | | |
| 介護サービスを提供している日時 | | | | | | | | |
| 事業所の営業時間 | 平日 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 土曜 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 日曜 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 祝日 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| 定休日 | なし | | | | | | | |
| 留意事項 | 365日、24時間対応 | | | | | | | |
| 訪問介護を利用できる時間 | 平日 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 土曜 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 日曜 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| | 祝日 | 0時 | 0分 | ～ | 24時 | 0分 | | |
| 留意事項 | 24時間対応 | | | | | | | |
| 事業所が通常時に介護サービスを提供する地域 | | | | | | | | |
| 八女市・筑後市・黒木町・立花町・広川町 | | | | | | | | |
| 介護サービスの内容等 | | | | | | | | |
| 訪問介護費のうち、介護報酬の加算の届出等を行っている主な事項 | | | | | | | | |
| 特定事業所加算(I) ※体制要件、人材要件及び重度対応要件に適合 | [| 0 |] | 0. | なし・ | 1. | あり | |
| 特定事業所加算(II) ※体制要件及び人材要件に適合 | [| 1 |] | 0. | なし・ | 1. | あり | |
| 特定事業所加算(III) ※体制要件及び重度対応要件に適合 | [| 0 |] | 0. | なし・ | 1. | あり | |
| 通院等乗降介助の実施の有無 | [| 0 |] | 0. | なし・ | 1. | あり | |
| 介護サービスの利用者への提供実績 | | | | | | | | |
| 身体介護中心型の1か月の提供時間 (記入年月日の前月の請求実績) | | | | | | | 291 | 時間 |
| 生活援助中心型の1か月の提供時間 (記入年月日の前月の請求実績) | | | | | | | 316 | 時間 |
| 通院等乗降介助中心型の1か月の提供回数 (記入年月日の前月の請求実績) | | | | | | | | 回 |
| 利用者の人数(通院等乗降介助中心型の利用者を除く) | 経過的 要介護 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 | |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 0人 | 15人 | 7人 | 5人 | 4人 | 3人 | 34人 | |
| 前年同月の請求実績 | 9人 | 23人 | 5人 | 7人 | 3人 | 5人 | 52人 | |

介護保険の指定基準において、「運営規程」として定めることになっている「事業の目的及び運営の方針」を記入してください

当該事業申請時の営業時間をご記入ください。
例:9時00分～17時00分

随時対応、24時間対応、あるいは水曜定休など、上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入してください。

報告日(記入年月日)を含む月の前月から前1年間において、居宅サービス報酬基準に規定する加算を受けた場合には「1」と記してください。
※赤色二重線

報告日(記入年月日)含む月の前月1ヶ月間の介護報酬請求実績の状況を記入
※桃色二重線内

窓口等名称は、1箇所のみ記載してください。
行政窓口は該当しませんのでご注意ください。

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----|-----|---|---------------|-----|
| 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 | 八女の里 ヘルパーステーション | | | | | |
| 電話番号 | 0943-22-2200 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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] 0.なし・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) | 利用者様の個々の生活状況に応じて、在宅での生活が継続出来るようケアマネージャーや家族、主治医と連携し支援を行ないます。365日、24時間体制でサービス提供行います。 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| [0] 0.なし・1.あり | 当該結果の開示状況 | | | | [] 0.なし・1.あり | |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | | | |
| [0] 0.なし・1.あり | 実施した直近の年月日 | | | | | |
| | 実施した評価機関の名称 | | | | | |
| | 当該結果の開示状況 | | | | [] 0.なし・1.あり | |

行政窓口は該当しませんのでご注意ください。

書式:半角文字
例:092-000-0000

当該事業申請時の営業時間をご記入ください。
例:9時00分～17時00分

随時対応、24時間対応、あるいは水曜定休など、上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入してください。

当該事業所の特色等について、その内容を概ね400字以内で記載すること。当該事業所が利用者には知らせたいセールスポイント等をできるだけ分かり易く記入してください。

報告日(記入年月日)の前1年間の状況を記載してください。

実施した直近の年月日を記載してください。
例:2007/05/01

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 | |
| 利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・事業所から片道おおむね 10km未満 500円 ・事業所から片道おおむね 10km以上の場合は 5km毎に300円追加 | |
| 利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用(キャンセル料)の徴収状況 | |
| [0] 0. なし・ 1. あり | (その額、算定方法等) |
| | 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合、当日利用料金の10%(自己負担相当額)との基準は定めている。 |
| 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 | |
| | [1] 0. なし・ 1. あり |

当該サービスを行っていない場合や費用の徴収を行っていない場合には、その旨を必ず記載してください。

引き続き調査情報の記入をお願いします。
Chesaのタブをクリックしてください