

高齢者福祉サービス【特別養護老人ホーム】施設状況票

K-A

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12821	008	059

1. 施設の概要

作成担当者	磯川弘子			電話番号	08477-2-2215		F A X 番号	08477-2-5758	
会計期間	(西暦)	2020 年	4 月	1 日	～	2021 年	3 月	31 日	
施設名	特別養護老人ホーム シルビア油木								
施設の所在地	〒 720-1812		広島県神石郡神石高原町油木甲5071番地1						
施設の開設年月日	(西暦)	2003 年	5 月	1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご入力ください				
この施設状況票の作成対象	1	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)							
地域区分	8	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他							
土地所有の状況	4	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他		(公有地を含む)	0無 1有	1	指定管理者の指定 0:無 1:有	0	
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他		(公設を含む)	0無 1有	0			
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有		全面建替の竣工時期	(西暦)	年	月		

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有	1
--------------------------	------------	---

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を入力してください。

年度内における定員変更の有無	0 無 1 有	定員変更が「1:有」の場合は右欄に入力	変更時期	年	月
----------------	------------	---------------------	------	---	---

種類	定員(床)		ユニット数
	当初(期首)	変更後(期末)	
ユニット型個室			
ユニット型個室的多床室			
従来型個室	5	5	
多床室	47	47	
合計	52	52	0

延べ利用者数(年間)	報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
	ユニット型個室							
ユニット型個室的多床室								0
従来型個室		412	257	496	462	0		1,627
多床室		104	265	3,736	7,302	4,630		16,037
合計		516	522	4,232	7,764	4,630	0	17,664

(参考)利用率
93.1%

年度末(決算月末)における待機登録者数	297 人
入所判定委員会開催回数(年)	6 回

3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

日常生活継続支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1
看護体制加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	0 無 1 有	0
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ	0 無 1 有	0	準ユニットケア加算	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算	0 無 1 有	1	若年性認知症入所者受入加算	0 無 1 有	0	障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	退所前訪問相談援助加算	0 無 1 有	0	退所後訪問相談援助加算	0 無 1 有	0
退所時相談援助加算	0 無 1 有	0	退所前連携加算	0 無 1 有	0	栄養マネジメント加算	0 無 1 有	1
経口移行加算	0 無 1 有	0	経口維持加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	経口維持加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	1	口腔衛生管理加算	0 無 1 有	1	療養食加算	0 無 1 有	1
看取り介護加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	1	看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日前日及び前々日)	0 無 1 有	1
看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日)	0 無 1 有	1	在宅復帰支援機能加算	0 無 1 有	0	在宅・入所相互利用加算	0 無 1 有	0
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症行動・心理症状緊急対応加算	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	配置医師緊急時加算(早朝・夜間)	0 無 1 有	0
配置医師緊急時加算(深夜)	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	排せつ支援加算	0 無 1 有	1
褥瘡マネジメント加算	0 無 1 有	1	低栄養リスク改善加算	0 無 1 有	0	再入所時栄養連携加算	0 無 1 有	1
身体拘束廃止未実施減算	0 無 1 有	0						
看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	1	実績人数	3人		(※)看取り体制…実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「1 整備済」を選択してください。		

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	1	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	1	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	1	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
排便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	0	一時的導尿	0 無 1 有	0
その他	0 無 1 有	0						

5. 実費負担

食費(1日あたり)	1,500 円	居住費(1日あたり)	900 円	延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合	11.9 %
その他(1日あたり)	30 円				

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください。

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	機能訓練指導員	1.0			1.0
医師		0.1		0.1	(うち理学療法士)				0.0
生活相談員	1.0			1.0	(うち作業療法士)				0.0
看護師等	3.0			3.0	(うち言語聴覚士)				0.0
介護職員	19.0	1.8		20.8	(うち看護師)	1.0			1.0
(うち介護福祉士)	13.0	0.9		13.9	介護支援専門員	3.0	1.0		4.0
事務員	3.0	0.2		3.2	宿 直		1.0		1.0
栄養士	2.0			2.0	そ の 他				0.0
調理員	6.0	0.8		6.8	合 計	39.0	4.9	0.0	43.9

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

高齢者福祉サービス【通所介護】 施設状況票

K-D①

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12821	008	061

1. 施設の概要

作成担当者	磯川弘子		電話番号	08477-2-2215		F A X 番号	08477-2-5758	
会計期間 (西暦)	2020 年	4 月	1 日	～	2021 年	3 月	31 日	
施設名	シルビア油木デイサービスセンター							
施設の所在地	〒 720-1812		広島県神石郡神石高原町油木甲5071番地1					
施設の開設年月日 (西暦)	1991 年	5 月	1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご入力ください				
併設の状況	2	1. 単独 2. 特養に併設 3. その他施設に併設			宿泊サービスの有無	0 無 1 有	0	
地域区分	8	[1]1級地 [2]2級地 [3]3級地 [4]4級地 [5]5級地 [6]6級地 [7]7級地 [8]その他						
土地所有の状況	1	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)			0 無 1 有	0	指定管理者の指定 0: 無 1: 有	0
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)			0 無 1 有	0		
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有			全面建替の竣工時期 (西暦)	年 月		

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有	1
--------------------------	------------	---

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

【表1】

営業日数	362 / 365・366日				※会計期間内の開所日数を入力(利用者がいなかった日を含む)	
営業時間	平日	09 : 10	～	16 : 10	※24時間営業の場合は、00:00～23:59と入力してください。	
	土曜日	09 : 10	～	16 : 10		
	日曜・祝日	09 : 10	～	16 : 10		

【表2】

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を入力してください。

年度内における定員変更の有無	0 無 1 有	定員変更が「1:有」の変更時期場合は右欄に入力(西暦)	年	月
----------------	------------	-----------------------------	---	---

定員	
当初(期首)	変更後(期末)
35	

(参考)利用率
99.9%

【表3】

延べ利用者数(年間)	報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計	事業形態
	2時間以上3時間未満(※)								0
3時間以上4時間未満			29				208	237	
4時間以上5時間未満								0	
5時間以上6時間未満								0	
6時間以上7時間未満	365	133	1,202				2,790	4,490	
7時間以上8時間未満	2,702	2,233	296	263				5,494	
8時間以上9時間未満								0	
合計	3,067	2,395	1,498	263	0	2,998	10,221	2	
年度末(決算月末)における登録者数					106 人				

※新型コロナウイルス感染症に係る報酬算定の状況

2区分上位の報酬区分の算定	0 無 1 有	0
---------------	------------	---

介護予防・日常生活総合支援事業 第1号通所事業(通所介護相当サービス・緩和した基準のサービス)

区分	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
延べ利用者数(年間)	1,089	1,341	0	2,430

【表4】

年度末(決算月末)における登録者数	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
週1回程度の利用	25	3	0	28
週2回程度の利用	0	14	0	14
その他	0	0	0	0
計	25	17	0	42

キャンセル率の把握について

※会計期間12ヶ月の平均を報告してください

キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	0	「1:有」の場合、月平均のキャンセル率	%
-----------------------	------------	---	---------------------	---

【表5】 送迎範囲について

通常実施の圏域(※)	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	5
------------	---------	---------------	----------------	----------------	----------	---

通常実施の圏域を超えたサービスの提供 0 無  
1 有 0 (※)複数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください

平均送迎時間	20分	最長送迎時間	30分
--------	-----	--------	-----

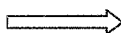
3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	中重度者ケア体制加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	認知症加算	0 無 1 有	0	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	1
栄養改善加算	0 無 1 有	0	口腔機能向上加算	0 無 1 有	1	個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	0
入浴介助加算	0 無 1 有	1	入浴介助体制強化加算	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	ADL維持等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
ADL維持等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0
運動器機能向上加算	0 無 1 有	1	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
事業所評価加算	0 無 1 有	1						

4. 共生型サービス

指定の有無	0: 無 1: 有	1
-------	-----------	---

「1:有」の場合



母体となるサービスを選択してください	1:介護保険サービス 2:障害福祉サービス	2
--------------------	--------------------------	---

指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)	生活介護	0 無 1 有	1
	自立訓練(機能訓練・生活訓練)	0 無 1 有	0
	児童発達支援	0 無 1 有	0
	放課後等デイサービス	0 無 1 有	0

加算の状況	サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有	0
	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
	共生型サービス体制強化加算	0 無 1 有	0

5. 実費負担 ※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を入力してください

食費(1日あたり)	650 円	その他(1日あたり)	0 円
-----------	-------	------------	-----

6. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を入力してください

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤 換算(b)	派遣職員 等の常勤 換算(c)	合計 (a)+(b)+ (c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤 換算(b)	派遣職員 等の常勤 換算(c)	合計 (a)+(b)+ (c)
管 理 者	1.0			1.0	機 能 訓 練 指 導 員		2.0		2.0
生 活 相 談 員	1.0	0.6		1.6	(うち理学療法士)				0.0
看 護 師 等	0.0	0.4		0.4	(うち作業療法士)				0.0
介 護 職 員	2.0	4.6		6.6	(うち言語聴覚士)				0.0
(うち介護福祉士)	2.0	3.5		5.5	(うち看護師)		2.0		2.0
事 務 員				0.0	介 護 支 援 専 門 員				0.0
栄 養 士		0.2		0.2	宿 直				0.0
調 理 員				0.0	そ の 他				0.0
					合 計	4.0	7.8	0.0	11.8

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

高齢者福祉サービス【認知症対応型通所介護】施設状況票

K-D②

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12821	008	062

1. 施設の概要

作成担当者	磯川弘子			電話番号	08477-2-2215		FAX番号	08477-2-5758	
会計期間(西暦)	2020年		4月	1日	～	2021年	3月	31日	
施設名	シルビア油木サービス青い鳥								
施設の所在地	〒720-1812		広島県神石郡神石高原町油木甲6844番地1						
施設の開設年月日(西暦)	2009年		4月	22日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご入力ください				
併設の状況	2	1 単独型 2 特養に併設 3 その他施設に併設 4 共用型				宿泊サービスの有無		0 無 1 有	0
地域区分	8	[1]1級地 [2]2級地 [3]3級地 [4]4級地 [5]5級地 [6]6級地 [7]7級地 [8]その他							
土地所有の状況	4	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)			0 無 1 有	1	指定管理者の指定 0:無 1:有		0
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)			0 無 1 有	0			
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有		全面建替の竣工時期(西暦)		年	月		

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有	1
--------------------------	------------	---

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

【表1】

営業日数	311 / 365・366日				※会計期間内の開所日数を入力(利用者がいなかった日を含む)	
営業時間	平日	09 : 30	～	16 : 30	※24時間営業の場合は、00:00～23:59と入力してください。	
	土曜日	09 : 30	～	16 : 30		
	日曜・祝日	00 : 00	～	00 : 00		

【表2】

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を入力してください。

年度内における定員変更の有無	0 : 無 1 : 有	0	定員変更が「1:有」の場合は右欄に入力(西暦)	変更時期	年	月
定員						
当初(期首)	変更後(期末)					
12						

【表3】

延べ利用者数(年間)	報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計	(参考)利用率 68.8%
	2時間以上3時間未満(※)			3			1	2	
3時間以上4時間未満	2	37						39	
4時間以上5時間未満	8	82	1	5				96	
5時間以上6時間未満	5	2	1					8	
6時間以上7時間未満	94	249	49	7	5	1		405	
7時間以上8時間未満	590	800	258	51	169	50		1,918	
8時間以上9時間未満	33	56	6					95	
合計	732	1,229	315	63	175	53		2,567	
年度末(決算月末)における登録者数					20人				

※新型コロナウイルス感染症に係る報酬算定の状況

2区分上位の報酬区分の算定	0 無 1 有	1
---------------	------------	---

介護予防・日常生活総合支援事業 第1号通所事業(通所介護相当サービス・緩和した基準のサービス)

区分	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
延べ利用者数(年間)	51	2		53

【表4】

年度末(決算月末)における登録者数	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
週1回程度の利用	1			1
週2回程度の利用		1		1
その他				0
計	1	1	0	2

キャンセル率の把握について

※会計期間12ヶ月の平均を報告してください。

キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	0	「1:有」の場合、月平均のキャンセル率	9%
-----------------------	------------	---	---------------------	----

【表5】 送迎範囲について

通常実施の圏域(※)	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上	4	
通常実施の圏域を超えたサービスの提供	0 無 1 有	0	(※)複数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください。
平均送迎時間	60分	最長送迎時間	60分

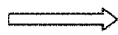
3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

個別機能訓練加算	0 無 1 有	1	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	1	栄養改善加算	0 無 1 有	0
口腔機能向上加算	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	1
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0
生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	中重度ケア体制加算	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症加算	0 無 1 有	0
個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	0	入浴介助加算	0 無 1 有	1	入浴介助体制強化加算	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0	運動器機能向上加算	0 無 1 有	0
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0			

4. 共生型サービス

指定の有無	0 無 1 有	0
-------	------------	---

「1:有」の場合



母体となるサービスを 選択してください	1:介護保険サービス 2:障害福祉サービス	
------------------------	--------------------------	--

指定を受けている サービスを選択してく ださい(複数選択可)	生活介護	0 無 1 有	
	自立訓練(機能訓練・ 生活訓練)	0 無 1 有	

加算の 状況	サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有	
	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	
	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	

5. 実費負担 ※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を入力してください

食費(1日あたり)	650円	その他(1日あたり)	100円
-----------	------	------------	------



6. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を入力してください

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤 換算(b)	派遣職員 等の常勤 換算(c)	合計 (a)+(b)+ (c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤 換算(b)	派遣職員 等の常勤 換算(c)	合計 (a)+(b)+ (c)
管 理 者	1.0			1.0	機 能 訓 練 指 導 員		0.8		0.8
生 活 相 談 員	1.0	0.7		1.7	(うち理学療法士)				0.0
看 護 師 等	0.0	0.7		0.7	(うち作業療法士)				0.0
介 護 職 員	1.0	1.4		2.4	(うち言語聴覚士)				0.0
(うち介護福祉士)	1.0	0.3		1.3	(うち看護師)		0.8		0.8
事 務 員	0.0	0.7		0.7	介 護 支 援 専 門 員				0.0
栄 養 士		0.2		0.2	宿 直				0.0
調 理 員	0.0			0.0	そ の 他		0.2		0.2
					合 計	3.0	4.7	0.0	7.7

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

# 高齢者福祉サービス【訪問介護】 施設状況票

# K-G

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12821	008	060

## 1. 施設の概要

作成担当者	磯川弘子			電話番号	08477-2-2215		FAX番号	08477-2-5758	
会計期間(西暦)	2020年		4月	1日	～	2021年	3月	31日	
施設名	シルビア油木ヘルパーステーション								
施設の所在地	〒720-1812		広島県神石郡神石高原町油木甲5071番地1						
施設の開設年月日(西暦)	1999年		4月	1日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご入力ください				
この施設状況票の作成対象	1	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)							
併設の状況	2	1 単独型 2 事業所又は集合住宅に併設・隣接							
地域区分	8	[1]1級地 [2]2級地 [3]3級地 [4]4級地 [5]5級地 [6]6級地 [7]7級地 [8]その他							
土地所有の状況	1	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他		(公有地を含む)	0 無 1 有	0			
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他		(公設を含む)	0 無 1 有	0			
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有		全面建替の竣工時期(西暦)			年	月	

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有	1
--------------------------	------------	---

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

## 2. 利用状況

【表1】

営業日数	365 / 365・366日				※会計期間内の開所日数を入力(利用者がいなかった日を含む)	
営業時間	平日	08 : 30	～	17 : 30	※24時間営業の場合は、00:00～23:59と入力してください。	
	土曜日	08 : 30	～	17 : 30		
	日曜・祝日	08 : 30	～	17 : 30		

【表2】

要 介 護	身体介護				生活援助		通院等 乗降介助
	20分未満	20分以上～ 30分未満	30分以上～ 1時間未満	1時間以上	20分以上～ 45分未満	45分以上	
延べサービス提供回数(年間)	0	1,532	502	35	578	18	0

※「身体介護」と「生活援助」が混在する場合、「身体介護」と「生活援助」をそれぞれの時間に分けて入力してください。

【表3】 介護予防・日常生活総合支援事業 第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)

要支援	訪問型サービス費						
	I(週1回程度)	II(週2回程度)	III(週2回を超える程度)	IV(月4回まで)	V(月5～8回)	VI(月9～12回)	短時間
年間延べ利用者数(人)	52	34	0				
年間延べ利用回数(回)				0	0	0	0

【表4】

年度末(決算月末)における登録者数	要支援	6	人	要介護	19	人	その他	0	人	年度末(決算月)の状況を記載してください。
年度末(決算月間)における利用実人数	要支援	6	人	要介護	18	人	その他	0	人	

年間延べ訪問回数	2,665	回	ケアプラン届出の状況	0	同一建物内サービス減算 0:減算無 1:減算有	0
----------	-------	---	------------	---	----------------------------	---

【表5】 訪問介護の範囲について

通常実施の圏域(※)	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上	5		
利用者1人あたり平均訪問移動時間	20分	利用者の最長訪問移動時間	30分	(※)複数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください

3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

生活機能向上連携加算(I)	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算(II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(V)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(I)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
特定事業所加算(I)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(II)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(III)	0 無 1 有	0
特定事業所加算(IV)	0 無 1 有	0	特別地域訪問介護加算	0 無 1 有	1	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	緊急時訪問介護加算	0 無 1 有	1	特別地域介護予防訪問介護加算	0 無 1 有	0

4. 共生型サービス

指定の有無 0: 無 1: 有	1	「1:有」の場合	母体となるサービス 1:介護保険サービス 2:障害福祉サービス	2
指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)	居室介護	0 無 1 有	1	
	重度訪問介護	0 無 1 有	1	
加算の状況	サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有	0	
	福祉専門職員配置等加算(I)	0 無 1 有	0	
	福祉専門職員配置等加算(II)	0 無 1 有	0	
	共生型サービス体制強化加算	0 無 1 有	0	

5. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
------------------	------------	---	------	------------	---

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員	0.0			0.0
生活相談員	0.0			0.0	(うち理学療法士)	0.0			0.0
看護師等	0.0			0.0	(うち作業療法士)	0.0			0.0
介護職員	3.0	0.3		3.3	(うち言語聴覚士)				0.0
(うち介護福祉士)	3.0	0.0		3.0	(うち看護師)	0.0			0.0
					介護支援専門員	0.0			0.0
					その他	0.0			0.0
					合計	4.0	0.3	0.0	4.3

登録ヘルパー実人数	0.0 人
-----------	-------

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---