

障害福祉サービス事業【共同生活援助】 施設状況票

S-I

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12821	010	019

1. 施設の概要

作成担当者	大崎ルミ子			電話番号	0847-82-2124			FAX番号	0847-82-2259				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	シルトピア油木ケアホーム白い雲												
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)	2003		年	4	月	1	日					
この施設状況票の作成対象	1	1 本体事業 2 サテライト事業 3 本体事業(サテライト含む)											
住居箇所数	6	ヶ所	サテライト型住居箇所数	0	ヶ所								
地域区分	⑦	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦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	0	指定管理者の指定			
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	0	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)				
建物のうち当該事業に使用している面積	125	㎡											

2. 利用状況

職員配置	3	1. 4:1 2. 5:1 3. 6:1 4. 10:1			
年度内における定員変更の有無	0	1 有の場合に「」を記入(0 無の場合は未記入) (変更時期(西暦) 年 月)			
定員当初変更					
介護サービス包括型	6				
外部サービス利用型					

延べ利用者数	報酬区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	その他	計
	介護サービス包括型		365	1,460	365				2,190
	うち居宅介護利用								0
	外部サービス利用型								0

新規利用者の利用開始前の状況	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他	計
						0

※会計期間末時点で在籍している利用者のうち、当会計期間内に新しく利用を開始した利用者の利用開始前の状況を記載してください。

3. 加算の状況 ※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。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	夜間支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	夜間支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
夜間支援体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	重度障害者支援加算	0 無 1 有	0	日中支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
日中支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	自立生活支援加算	0 無 1 有	0	入院時支援特別加算	0 無 1 有	0
帰宅時支援加算	0 無 1 有	0	長期入院時支援特別加算	0 無 1 有	0	長期帰宅時支援加算	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算	0 無 1 有	0
通勤者生活支援加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

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

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,350	円						
光熱水費(1ヶ月あたり)	0	円	日用品費(1ヶ月あたり)	1,000	円	家賃(1ヶ月あたり)	25,000	円

6. 従事者の状況

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	委託職員等の 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)	委託職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	世 話 人	1.0			1.0
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	宿 直				0.0
生 活 支 援 員	0.7			0.7	そ の 他				0.0
					合 計	3.7	0.0	0.0	3.7

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