

事業所名: 訪問介護事業所 まりあーじゅ 事業所番号: 4570107609 (枝番) 00

基本情報：訪問介護

(帳票作成日: 年 月 日)

計画年度	2018	年度	記入年月日	2018年10月06日
記入者名	吉川 啓文		所属・職名	施設長代行

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	
法人等の名称	法人等の種類	05:営利法人	□		
		(その他の場合、その名称)			
	名称	(ふりがな)			かぶしきがいしやりん・てつく・さーびす
					株式会社リン・テック・サービス
	法人番号の有無	1:法人番号あり			
法人番号	3350001012601				
法人等の主たる事務所の所在地	〒880-2112		□		
	宮崎市小松台北町34-4				
法人等の連絡先	電話番号	0985-47-9144	□		
	FAX番号	0985-47-9144			
	ホームページ	0:なし			
	(ホームページアドレス)				
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	吉川 啓一	□		
	職名	代表取締役			
法人等の設立年月日	2014/02/06		□		

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

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
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					
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					
小規模多機能型 居宅介護	0:なし					
認知症対応型共同 生活介護	0:なし					
地域密着型特定施設 入居者生活介護	0:なし					
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	0:なし					
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	0:なし					
居宅介護支援	0:なし					

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
介護予防訪問入浴介護	0:なし				□	
介護予防訪問看護	0:なし					
介護予防訪問 リハビリテーション	0:なし					
介護予防居宅療養 管理指導	0:なし					
介護予防通所 リハビリテーション	0:なし					
介護予防短期入所 生活介護	0:なし					
介護予防短期入所 療養介護	0:なし					
介護予防特定施設 入居者生活介護	0:なし					
介護予防福祉用具貸与	0:なし					
特定介護予防福祉 用具販売	0:なし					

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	
介護予防認知症 対応型通所介護	0:なし				□		
介護予防小規模 多機能型居宅介護	0:なし						
介護予防認知症 対応型共同生活介護	0:なし						
介護予防支援	0:なし						
＜介護保険施設＞							
介護老人福祉施設	0:なし						
介護老人保健施設	0:なし						
介護療養型医療施設	0:なし						

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				確認	修正箇所
事業所の名称	(ふりがな)	ほうもんかいごじぎょうしょ まりあーじゅ		□	
	訪問介護事業所 まりあーじゅ				
事業所の所在地	〒880-0302	市区町村コード	452017:宮崎市	□	
	(都道府県から番地まで)	宮崎県佐土原町西上那珂5622			
	(建物名・部屋番号等)				
事業所の連絡先	電話番号	0985-75-0201		□	
	FAX番号	0985-75-0212			
	ホームページ	0:なし			
	(ホームページアドレス)				
介護保険事業所番号	4570107609			□	
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	川崎 葉子		□	
	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		2014/8/20		□	
指定の年月日		2014/8/18			
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)					
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					
那珂小学校前バス停より徒歩47分				□	

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							確認	修正箇所	
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	0人	0人	20人	0人	20人	12.7人	□		
（うちサービス提供責任者）	0人	1人	1人	—	2人	1.5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				
		うちサービス提供責任者	うちサービス提供責任者	うちサービス提供責任者					
介護福祉士	0人	0人	0人	1人	8人	1人	0人	□	
実務者研修	0人	0人	0人	0人	9人	0人	0人		
介護職員初任者研修	0人	0人	0人	0人	3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	—	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)		介護福祉士							
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(要介護者)					172時間		□		

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(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	訪問介護員等					
	常勤		非常勤			
		うちサービス提供責任者				
前年度の採用者数	0人	0人	2人		<input type="checkbox"/>	
前年度の退職者数	0人	0人	0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		<input type="checkbox"/>	
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	2人			
3年～5年未満の者の人数	0人	0人	2人			
5年～10年未満の者の人数	0人	1人	8人			
10年以上の者の人数	0人	1人	8人			
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)	月に1度の勉強会(施設内研修)を開催。 介護労働安定センター、宮崎県社会福祉協議会が行う、研修会の参加職員、年間スケジュール作成。				<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					<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"/>	
外部評価の実施状況				0:なし	<input type="checkbox"/>	

4. 介護サービスの内容に関する事項

事業所の運営に関する方針		確認	修正箇所	
<p>利用者の意思・人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。地域との結びつきを重視し、地方公共団体(保険者)、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する事業所との連携に努めます。</p>		<input type="checkbox"/>		
介護サービスを提供している日時		確認	修正箇所	
事業所の営業時間	平日	8時30分～17時30分	<input type="checkbox"/>	
	土曜	時分～時分		
	日曜	時分～時分		
	祝日	時分～時分		
定休日	毎週土日、祝日			
留意事項	営業日以外であっても連絡可能な体制としています。			
サービスを利用できる時間	平日	6時00分～22時00分	<input type="checkbox"/>	
	土曜	6時00分～22時00分		
	日曜	6時00分～22時00分		
	祝日	6時00分～22時00分		
留意事項	但し、営業時間外であっても連絡可能な体制とし、又、利用者及びその家族の事情により、延長サービスを提供できるものとします。			
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域		確認	修正箇所	
宮崎市 国富町 新富町 西都市 高鍋町		<input type="checkbox"/>		

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

介護サービスの内容等							確認	修正箇所
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)								
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:なし					□	
特定事業所加算(Ⅱ) ※体制要件及び人材要件に適合		0:なし						
特定事業所加算(Ⅲ) ※体制要件及び重度対応要件に適合		0:なし						
特定事業所加算(Ⅳ) ※体制要件及び重度対応要件に適合		0:なし						
緊急時訪問介護加算		0:なし						
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						
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						
通院等乗降介助の実施		0:なし						
頻回の20分未満の身体介護の実施		0:なし						
介護サービスの利用者(要介護者)への提供実績(記入日前月の状況)								
身体介護中心型の1か月の提供時間		1104時間					□	
生活援助中心型の1か月の提供時間		0時間						
通院等乗降介助中心型の1か月の提供回数		0回						
利用者の人数 (通院等乗降介助中心型の利用者を除く)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	□
		4人	5人	7人	9人	9人	34人	
(前年同月の提供実績)		0人	0人	0人	0人	0人	0人	

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況		確認	修正箇所
窓口の名称	訪問介護事業所 まりあーじゅ		
電話番号	0985-75-0201		
対応している時間	平日	8時30分～17時30分	
	土曜	時分～時分	
	日曜	時分～時分	
	祝日	時分～時分	
定休日	毎週土日、祝日		
留意事項	但し、営業時間外であっても連絡可能な体制としています。		
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		
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)	ケアプランを基に各事業所と連携を図りながら、利用者様のニーズに合った支援を提供させていただきます。		

4. 介護サービスの内容に関する事項(つづき)

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		確認	修正箇所
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)	0:なし	□	
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	0:なし	□	
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 (その開示している結果の内容【ホームページアドレス】)	0:なし		
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			

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
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			
なし。		<input type="checkbox"/>	
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:なし	<input type="checkbox"/>	
(その額、その算定方法)			
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	<input type="checkbox"/>	

(事業所等同意確認欄)

平成 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		㊞