

記載に当たっての注意事項<全般>


- ・ 網掛けになっている部分は入力不要ですので、白欄の部分のみ記載ください。
- ・ 各項目の右上に記載されている「対象期間又は基準日」の実績を記載ください。
- ・ 「対象サービス」が記載されている項目は、該当する事業所のみ、記載ください。
- ・ その他、各項目の注意事項に沿って、記載ください。
- ・ 提出後、選考の過程で、訪問調査を実施し、実績確認等を行う場合がありますので、記載内容を十分確認の上、提出ください。

第2号様式

サービスの質の向上、人材育成・処遇改善に係る取組実績

事業所番号	1474〇〇〇〇〇〇
事業所名	特別養護老人ホームかながわ

《優良介護サービス事業所「かながわ認証」に関する要綱に基づく認証の有無》

認証の有無	(有の場合)	認証事業所番号	認証の有効期限
有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>			平成 年 月 日

実績の記載にあたって

- 認証「無」とした事業所は、以下の項目すべて回答ください。
- 認証「有」とした事業所のうち、直近の認証評価点数表を実績として使用する場合、以下の項目のうち、1(7)、2(6)、3を回答ください。
- 認証「有」とした事業所のうち、直近の認証評価点数表を実績として使用しない場合、以下の項目すべて回答ください。

1 サービスの質の向上に係る成果・取組内容

- ・ 第3号様式を作成した後に、第3号様式の右下の合計欄をこの項目に記載してください。
- ・ 要介護度5の利用者であって、更新・変更認定後も維持した者は除いてください。
- ・ 当該事業所のサービスを3か月以上利用し、更新・変更認定を受けた者を対象としてください。

(1) 要介護度の維持・改善	対象期間	平成28年4月1日～平成29年3月31日
当該事業所のサービスを3か月以上利用している者のうち、対象期間内に更新・変更認定を受けた者 (要介護度5の利用者であって、更新・変更認定後も維持した者を除く。)		3 名
うち、要介護度の改善者数		1 名
うち、要介護度の維持者数		1 名
要介護度の維持・改善率		1.000

※「要介護度の維持・改善に係る評価対象利用者(入所者)名簿(第3号様式)」を作成の上、記入してください。

(2) リハビリテーションの充実

該当サービス	通所系サービス
基準日	平成28年4月1日

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		
機能訓練指導員	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	0.1 人
理学療法士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
作業療法士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
言語聴覚士	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。

※看護師と機能訓練指導員を兼務する場合等は、それぞれの職種における勤務延時間数を算入してください。

従業者に関する内容の記載に当たっては、以下の内容を確認ください。

<実人数について>

- ・ 実人数は、常勤及び非常勤の勤務形態別に、当該業務に係る専従及び非専従に該当する者及びその合計の人数を記載してください。また、それぞれ常勤換算人数を記載してください。

<常勤・非常勤の勤務形態について>

- ・ 「常勤」とは、当該事業所で定める『常勤が勤務すべき時間数』勤務している者を指します。正規職員、非正規職員（派遣労働者、パートタイム労働者）の別は問いません。
- ・ 当該事業所に併設される事業所の職務、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務する場合（ともに同一法人である場合に限る）は、それぞれに係る時間数を足して『常勤が勤務すべき時間数』に達していれば、当該職員は「常勤」となります。
- ・ 「非常勤」とは、『常勤が勤務すべき時間数』を下回る勤務時間数の者を指します。

<専従・非専従について>

- ・ 「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者を指します。
- ・ 「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所業務を兼務している者を指します。
- ・ 介護老人福祉施設と短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護等、複数の指定を受け、一体的に運営している事業所の従業者は、勤務実態に係わらず、複数サービスを「兼務」している者として扱いますので、全て「非専従」となります。

<常勤換算人数について>

- ・ 常勤換算人数は自動計算されませんので、全ての職種で計算し、記載してください。
- ・ 行政に提出する常勤換算方法で記載してください。勤務形態一覧表を参考。
〔参考〕http://center.rakuraku.or.jp/ksp/manual_menu.html

<その他>

- ・ 従業者の実人数について、数職種を兼務している場合、兼務している職種欄全てに人数を記載してください。その際、時間案分せず職種欄全てに「1（整数）」と記載してください。
- ・ 管理者は「従業者」に含まれません。管理者が他の職種を兼務している場合のみ『常勤・非専従』として、該当する職種に、人数を記載してください。

<1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数について>

- ・ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数は、常勤換算方法により用いた常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数を記載してください。なお、職種により常勤の従業者が勤務すべき時間数が異なる場合には、主な職種の常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載してください。
- ・ 32 時間から 40 時間内で記入してください。
- ・ 32 時間未満の場合は32 時間、40 時間以上の場合は40 時間と記入してください。

この項目は、介護老人保健施設のみ記載してください。
 自宅等に含まれない場合（死亡者を除く）は、「その他（介護保険施設、医療機関等）」に記載し、対象期間内の退所者数を記載してください。

(3) 在宅復帰

該当サービス	介護老人保健施設
対象期間	平成28年4月1日～平成29年3月31日

退所先	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
自宅等	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	1人
その他 (介護保険施設、医療機関等)	0人	0人	0人	0人	2人	1人	0人	3人
死亡者	0人	0人	0人	0人	0人	1人	2人	3人
合計（死亡者除く）	0人	0人	0人	1人	2人	1人	0人	4人
対象期間に退所した者のうち、自宅等に退所した者の割合							25.00%	

※自宅等とは、「自宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス」とします。

(4) 看取りへの対応

該当サービス	訪問系、居住系、入所系（老健を除く）
対象期間	平成28年4月1日～平成29年3月31日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	体制又は実績の有無
24時間連絡できる体制（24時間連絡体制）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取りに関する指針の策定又は利用者個々に看取り介護に係る計画の作成	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取り介護に係る技術向上（看取り研修の実施状況）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
看取り介護実施実績（看取り件数）	3 件

平成28年4月1日時点での利用者（利用契約中の者）について要支援者の数も含めて、記載してください。

(5) 中重度要介護者の対応

基準日	平成28年4月1日
-----	-----------

利用(入所)定員	50人							
介護サービスの入所者への提供実績	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
	0人	0人	1人	3人	10人	25人	11人	50人
入所者の平均要介護度 (要支援を除く)	3.840							

(6) 認知症高齢者への対応

基準日	平成28年4月1日
-----	-----------

利用者の人数	50名
うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者数	38名
基準日時点の認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の受入割合	76.00%

チェック欄に当てはまる取組を実施している場合は、チェックをしてください。
 ※身体拘束廃止推進モデル施設とは神奈川県からモデル施設として認められた事業所のことです。※コグニサイズの取組はコグニサイズに基いた取組に限ります。

(7) 取組内容・実施方法の内容等

対象期間 平成28年4月1日～平成29年3月31日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	取組の有無
身体拘束廃止推進モデル施設として実践	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
認知症の未病改善予防と健康の維持向上を目的に、コグニサイズの取組を実施	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
介護ロボットの導入等、神奈川らしくらく介護宣言に基づく「人の力のみで抱え上げない介護・看護」の実践	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
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み	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
(1)～(7)に係る取組内容、上記チェック項目に係る取組内容、事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容を中心に記載してください。	
取組内容	成果
「かながわ認証」申請にあたっては、記載いただく必要はございません。	

※必要に応じて、枠を拡げてください。
 ※枠内への記載のほか、資料を添付いただいても構いません。

2 人材育成・処遇改善等に係る成果・取組内容

離職率とは、

「1年間の離職者数÷前年度末（3月31日）時点の在籍者×100」としています。
 ※同一年度内で入職・離職をされた職員も離職者に含まれます。

介護職員等とは、

「利用者に直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（保健師、看護師又は准看護師）」となりますので、その実績を記載してください。

(1) 介護職員等の離職率

過去3年間の実績		基準日			過去3年間	
		常勤	非常勤	合計	離職率	
平成26年度	平成26年3月31日時点の在籍者数	34 人	21 人	55 人	16.36	
	1年間の離職（退職）者数	7 人	2 人	9 人		
平成27年度	平成27年3月31日時点の在籍者数	33 人	24 人	57 人	5.26	
	1年間の離職（退職）者数	2 人	1 人	3 人		
平成28年度	平成28年3月31日時点の在籍者数	34 人	22 人	56 人	12.50	
	1年間の離職（退職）者数	5 人	2 人	7 人		
過去3年間の離職率 (過去3年間の平均)		11.38%				

※介護職員等とは、利用者に直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（保健師、看護師又は准看護師））を言います。
 ※在籍者数は、時点の介護職員等の人数を記載してください。

<経験年数について> 原則、応募事業所における経験年数です。

- ・ 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所での経験年数を通算することができます。
- ・ また、事業所の合併又は別法人による事業の継承の場合であって、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができます。

(2) 介護職員等の勤続年数

	基準日				平成28年4月1日
	常勤		非常勤		合計
	専従	非専従	専従	非専従	
1年未満の者の人数	0 人	5 人	0 人	1 人	6 人
1年～3年未満の者の人数	0 人	8 人	0 人	7 人	15 人
3年～5年未満の者の人数	0 人	6 人	0 人	4 人	10 人
5年～10年未満の者の人数	0 人	5 人	0 人	0 人	5 人
10年以上の者の人数	0 人	7 人	0 人	0 人	7 人
合計	0 人	31 人	0 人	12 人	43 人
介護職員等のうち、3年以上の勤続年数のある者の割合					51.16%

※介護職員等とは、利用者へ直接サービス提供する職員（介護職員、訪問介護員、機能訓練指導員）を指します。

・ 介護職員のみ的人数です。

・ 介護職員（総数）には、介護職員の実数を記載してください（資格を保有していない者も含めて記入してください）。・ 保有資格について、一人の介護職員が複数の資格を持っている場合は、すべて記入してください。介護職員の総数の合計と保有資格者の数の合計は一致させる必要はありません。

・ ヘルパー2級は初任者研修として記入してください。

(3) 介護職員が持っている資格

	該当サービス				通所系、居住系、入所系
	基準日				平成28年4月1日
	常勤		非常勤		合計
専従	非専従	専従	非専従		
介護職員（総数）	0 人	35 人	0 人	4 人	39 人
介護福祉士	0 人	17 人	0 人	0 人	17 人
実務者研修	0 人	3 人	0 人	0 人	3 人
介護職員初任者研修	0 人	15 人	0 人	4 人	19 人
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
合計	0 人	35 人	0 人	4 人	39 人
介護職員のうち、介護福祉士の割合					43.59%

介護職員等を対象とした研修について、記載してください。

ア 外部研修(労働時間内に介護職員等が受講した研修)

- 対象期間内に介護職員等が受講した外部研修について、記載してください。
- ただし、介護職員自らが休暇等をとって受講した研修、受講が義務付けられている研修(法定研修)は除きます。
- すでに記載されている研修以外に、受講している研修がある場合は、行を追加して、研修名等を記載してください。
- 研修日数は、1日研修(4時間以上)の場合は、「1」、半日研修(4時間未満)は「0.5」と記載してください。

イ 内部研修(外部講師を招いて実施した研修)

- 対象期間内に介護職員等を対象とした内部研修(外部講師を招いて実施した研修)を開催したものについて、記載してください。
- 必要に応じて行を追加してください。

(4) 研修の実施状況

対象期間 平成28年4月1日～平成29年3月31日

ア 外部研修(研修の実施状況について、記載してください。)

研修名	研修実施機関	受講年月	受講者数 (①)	研修日数 (②)	延べ受講者数 [人×日] ③ (①×②)
認知症介護実践者研修			0 人	日	0 人
認知症介護実践リーダー研修			0 人	日	0 人
認知症介護指導者養成研修			0 人	日	0 人
認知症介護指導者フォローアップ研修	県(認知症介護研究・研修東京センター)	27.5	1 人	5 日	5 人
看護指導者養成研修			人	日	0 人
看護実務者研修			人	日	0 人
看護実務基礎研修			人	日	0 人
業務改善等研修会			人	日	0 人
苦情解決研修			人	日	0 人
主任介護支援専門員研修			人	日	0 人
介護職員初任者研修			人	日	0 人
実務者研修			人	日	0 人
ファーストステップ研修			人	日	0 人
喀痰吸引等研修(1号)			人	日	0 人
喀痰吸引等研修(2号)			人	日	0 人
喀痰吸引等研修(3号)			人	日	0 人
介護技術講習指導者研修	県介護福祉士会	27.8	3 人	1 日	3 人
合計					8 人

すでに記載されている研修以外に、受講している研修がある場合は、行を追加して、研修名等を記載ください。
※「その他」を上書きして、研修名に置き換えてください。
「その他」として複数の研修をまとめる事はできません。

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実績を記載してください。

育児休業取得の取得実績	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>		
	取得者	性別	取得期間
	A	男	平成 28 年 6 月 1 日 ~ 平成 29 年 3 月 31 日
	B		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	C		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実績を記載してください。

介護休業取得の取得実績	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>		
	取得者	性別	取得期間
	A		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	B		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	C		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

※取得開始日が対象期間内であるものを記載してください。
 ※取得者はA、B、Cのまま記入せず、匿名とし、性別及び取得期間のみ記載してください、

チェック欄に当てはまる取組を実施している場合は、チェックをしてください。

(6) 取組内容や支援方法の内容等	対象期間	平成28年4月1日～平成29年3月31日
--------------------------	------	----------------------

次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックしてください。

項目	取組の有無
キャリアパスの整備	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
介護職員の資格取得に向けた研修受講費等の負担	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
代替要員の確保	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
介護休業規定（子の看護休暇、介護休暇、育児・介護のための時間外労働の制限、所定外労働の制限等）	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>

(1)～(5)に係る取組内容、上記チェック項目に係る取組内容、事業所として最も力を入れて取り組んでいる内容等を中心に記載してください。

取組内容	成果
「かながわ認証」申請にあたっては、記載いただく必要はございません。	

※必要に応じて、枠を抜けてください。
 ※枠内への記載のほか、資料を添付いただいても構いません。

3 その他（サービス評価の実施状況及び同一法人内における不祥事等）

（1）サービス評価の実施状況

		基準日	過去3年度
次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、実施状況を記載してください。			
福祉サービス第三者評価の実施状況	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	実施した直近の年月日	27 年 11 月 20 日
地域密着型サービスの評価の実施状況	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>	実施した直近の年月日	年 月 日

同一法人内の事業所における状況も必ず確認をして記載してください。虚偽の内容又は記載漏れがあると、表彰の取消及び奨励金を返還させる場合もあります。

（2）同一法人内の他事業所における不祥事の発生状況の有無

		基準日	過去3年度
次の項目に該当する場合は、取組の有無をチェックの上、発生状況を記載してください。			
同一法人内の他事業所における虐待等の不祥事の発生状況の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>		

※ 不祥事とは、利用者への虐待、職員による預り金の使い込み、個人情報の流出、セクシュアル・ハラスメント等とします。

（有の場合は必ず記載してください。）

事業所名	発生年月日	不祥事の概要
●●■■事業所	平成27年5月17日	個人情報の流失

※「有」とした場合は、必ず記載してください。

※虚偽の内容又は記載漏れがあると、要綱第10条の規定により、表彰の取消及び奨励金を返還させる場合があります。

要介護度の維持・改善に係る評価対象利用者（入所者）名簿

当該事業所のサービスを3か月以上利用し、対象期間内（平成28年4月1日～平成29年3月31日）に更新・変更認定を受けた者を全て記載してください。

ただし、要介護度5の者で、更新・変更認定後も要介護度の変化がなかった者は記載不要です。

記載欄が足りない場合は行を挿入してください。

事業所番号	1474〇〇〇〇〇〇
事業所名	特別養護老人ホームかながわ

対象期間 平成28年4月1日～平成29年3月31日

No.	保険者	性別	生年月日	サービス利用開始日	サービス利用終了日	認定前	更新（変更）認定後		区分		
						(旧)要介護度	(新)要介護度	認定日	改善	維持	悪化
1	横浜市	女	S 10年 9月 27日	H 26年 7月 1日	H 29年 3月 31日	要介護2	要介護2	H 28年 7月 31日		○	
2	横浜市	男	T 11年 12月 3日	H 28年 4月 1日	H 29年 3月 31日	要介護	要介護	H 29年 2月 1日			○
3	大和市	男	T 16年 2月 17日	H 27年 12月 1日	H 29年 3月 31日	要介護	要介護	H 28年 11月 1日	○		
4			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
5			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
6			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
7			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
8			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
9			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
10			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
11			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
12			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
13			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
14			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
15			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
16			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
17			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
18			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
19			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
20			年 月 日	年 月 日	年 月 日			H 年 月 日			
									合計		
									1	1	1

現在も継続してサービスを利用している場合は、平成29年3月31日としてください。

認定前と認定後の変化に応じて、記載してください。

要介護度5の者で、更新・変更認定後も要介護度の変化がなかった者は記載不要

合計は自動入力されます。
この数字を、第2号様式の(1)要介護度の維持・改善の欄に記載してください。

※必要に応じて行を追加してください。
※サービス利用終了日は、対象期間に基づき、記載し（現在も利用中の場合、対象期間の末日としてください。）