

□（別紙5-2）

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

平成21年7月18日

1 事業主体の概要

事業所名	グループホーム たんぼぼ	事業主体名	認知症対応型共同生活介護
		代表者名	堀 美和子
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名（ ） 役職（ ）

2 事業の目的及び運営の方針

<p>事業の目的 指定認知症対応型共同生活介護の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、本事業所の従業員が要介護の状態にある認知症高齢者に対し、認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>（運営の方針） 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行うものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、指定認知症対応型共同生活介護は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮して行なうものとする。</li> <li>2、指定認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき漫然とかつ画一的なものとならないよう配慮して行なうものとする。</li> <li>3、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行なうものとする。</li> <li>4、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は、他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行なわないものとする。</li> <li>5、提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。</li> <li>6、正当な理由無く指定認知症対応型共同生活介護の提供を拒まない。</li> <li>7、地域住民又は、その自発的な活動等との連携及び協力を行なう等の地域との交流に努めるものとする。</li> </ol>
---

3 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定を受けている事業及び加算

<input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護
--

4 組織の概要

所在地及び連絡先	〒861-0823 熊本県南関町四ツ原1338 電話番号0968-53-8881 ファクシミリ番号 同上		
交通の便（最寄りの交通機関等）	JR玉名駅・九州高速道路菊水インター又は南関インター下車		
開設年月日	平成15年6月01日	ユニット数 と利用定員	(2)ユニット 利用定員(18)人

5 建物の概要

建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建物構造	( 木造 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分)
広さ等	敷地面積 ( 3966, 28 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 553, 16 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 9.9372 ) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6 利用料等（入居者の負担額）

家賃（月額）	（ 36,000 ）円	
敷金	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
保証金の有無（入居時一時金）	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
有の場合、 保全措置の内容		
有の場合、償却の有無	<input type="checkbox"/> 有（期間： ）	<input checked="" type="checkbox"/> 無
食材料費	（ 780/1日 ）円	
その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額（円）
①理美容代	立替払い（直接窓口払い又は口座振込）	1000円/1回
②おむつ代	立替払い（直接窓口払い又は口座振込）	実費
③その他		
水道光熱費	立替払い（直接窓口払い又は口座振込）	550円/1日

7 利用者の概要

現在の登録者の状態	利用人数（ 18名）（男性（ 2名） 女性（ 16 名））
※介護予防認知症対応型 共同生活介護を提供し ている場合、要支援者の 数を記載すること	要介護1（ 5名） 要介護2（ 8名） 要介護3（ 4 名） 要介護4（ 名） 要介護5（ 名） 要支援2（ 1 名）
	年齢（平均85,05歳）（最低79歳）（最高97歳）
利用に当たっての条件	要介護者（要支援者2以上）であり、認知症の状態にある高齢者のうち少人数による共同生活を営む事に支障がない方。主治医による診断書等により認知症の状態にあることが確認できる方。
退去に当たっての条件	医師等の判断により入院治療を必要とする場合。
開設以来の退去者数	人数（ 44 ）人 主な理由 ・医療機関への入院（病院入院 30人） ・他の施設への入所（特養等入所 7人） ・自宅への復帰（自宅 6人） ・死亡（ 1人）

8 職員の概要（複数のユニットがある場合は、各ユニットごとに作成すること。）

東棟 （ ） （ ）	（ ） （ ）	（ 7 名）
	総数	<p>（内数）・常勤（専任 6 名） 常勤換算（ 5, 5 名） （兼務 1 名） ・非常勤（ 名）</p> <p>※職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。 職員の1週間の勤務延時間数（注） （ 時間）÷40時間＝常勤換算数（ 名） 注：勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。</p>
	夜間の体制	<p>■専任 □兼務（兼務の施設 名）</p> <p>□夜勤（ 1 名） ■宿直（ 1 名）</p>
	管理者 氏名 （齋木久美子）	<p>■専任 □兼務（兼務の施設 名） 資格ヘルパー2級・介護福祉士・介護支援専門員 認知症介護の経験年数（ 20 年 11 か月） 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修（実践者研修） ■受講済 □未受講 （実践リーダー研修） □受講済 ■未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修若しくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 （ ）（ ）</p>
	計画作成担当者 氏名 （齋木久美子）	<p>資格（ ） 認知症介護の経験年数（ 20 年 11 か月） 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修（実践者研修） ■受講済 □未受講 （実践リーダー研修） □受講済 ■未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 （ ）（ ）</p>
その他の職員	<p>資格 介護福祉士（ 0 名） 看護職員（ 0 名） その他（ホームヘルパー2級）（ 4 名） 認知症介護の経験年数（ 年 か月） 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修（実践者研修） □受講済 □未受講 （実践リーダー研修） □受講済 □未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修 □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 （ ） 受講済者（ 名） （ ） 受講済者（ 名）</p>	
職員の交代状況	<p>①管理者の交代回数（ 7 ）回 （理由） ②計画作成担当者の交代回数（ 8 ）回 （理由） ③常勤職員の交代回数（ 30 ）回 （理由）本人希望による退職交替</p>	

8 職員の概要（複数のユニットがある場合は、各ユニットごとに作成すること。）

( ) ユニット名 西棟	総数	( 7 名) ----- (内数)・常勤 (専任 6 名) 常勤換算 ( 5, 5 名) (兼務 1 名) ・非常勤 ( 名)  ※職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。 職員の1週間の勤務延時間数(注) ( 時間) ÷ 40 時間 = 常勤換算数 ( 名) 注: 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
	夜間の体制	■専任 □兼務(兼務の施設 ) ----- □夜勤 ( 1 名) □宿直 ( 1 名)
	管理者 氏名 (宮川 和美)	□専任 □兼務(兼務の施設 ) 資格・ 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 5 年 9 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修若しくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	計画作成担当者 氏名 (宮川 和美)	資格 ( ) 認知症介護の経験年数 ( 5 年 9 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修 ■受講済 □未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	その他の職員	資格 介護福祉士 ( 1 名) 看護職員 ( 0 名) その他(ホームヘルパー2級 ) ( 4 名) 認知症介護の経験年数 ( 16 年 7 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修(実践者研修) □受講済 ■未受講 (実践リーダー研修) □受講済 □未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修 □受講済 ■未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( ) 受講済者 ( 名) ( ) 受講済者 ( 名)
職員の交代状況	①管理者の交代回数 ( 7 ) 回 (理由) ②計画作成担当者の交代回数 ( 8 ) 回 (理由) ③常勤職員の交代回数 ( 30 ) 回 (理由) 本人希望による退職交替	

9 その他

協力医療機関名	さかき診療所・南大牟田病院・福島整形外科・大林医科歯科診療所
医療連携体制の加算 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約(契約先名称 )
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況( 2 月に 1 回) メンバー構成(役職等) 南関町役場 福祉課 介護保険係 1名 南関町民生委員 2名 南関町柿原地区老人会会長 1名 和水町グループホーム 施設長及び事務長 2名 家族会代表 各棟 2名
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業名等 具体的に御記入ください。)	受託している事業はありません
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 10:00 時~19:00 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有(具体的に御記入ください。) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 20 年 9 月 30 日

注:「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(記入上の留意事項)

- 1 「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 3 7において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎過程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部( )については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第3号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届出が必要となる。