

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19年5月4日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム くりの	<u>事業主体名</u>	有限会社 エミ企画
		<u>代表者名</u>	代表取締役 竹下和子
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の元で、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能維持を行うことにより、個人の尊厳と可能性を最大限に引き出し、可能な限り自立した生活の支援を目的と方針とする。

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等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用型共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒899-6207 始良郡湧水町米永181-1 TEL 0995-74-1220 FAX 0995-74-1277		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR栗野駅より車で五分		
開設年月日	昭和・平成17年8月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(2) ユニット 利用定員 (18) 人
<u>事業所の併設施設 (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨) 造り (2階建ての1, 2階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積 (1716,76) m <sup>2</sup> 延床面積 (358,78) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 (7,96~10,47) m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		( 15,000 ) 円	
敷金		<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円	<input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円	<input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容		
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: )	<input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食 ( ) 円	昼食 ( ) 円
		夕食 ( ) 円	おやつ ( ) 円
		又は1日 ( 800 ) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>			
名目	徴収方法		金額(円)
①理美容代	直接窓口払いまたは、口座振込み		実費
②おむつ代	直接窓口払いまたは、口座振込み		円 / 1枚
③その他	直接窓口払いまたは、口座振込み		実費
・			
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 12 名 ) (男性 ( 3 名 ) 女性 ( 9 名 ) )		
※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供している 場合、要支援者2の数を記載すること	要介護1 ( 1 名 )	要介護2 ( 7 名 )	要介護3 ( 1 名 )
	要介護4 ( 1 名 )	要介護5 ( 2 名 )	要支援2 ( 名 )
	年齢 (平均 81,8 歳) (最低 51 歳) (最高 91 歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護者であって認知症の状態のうち、少人数による共同生活を営むことに支障のない方・		
退居に当たっての条件	医師等の判断により入院治療を必要とする場合。 入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合。		
開設以来の退居者数	人数 ( 9 ) 人		
	主な理由	退居先	
	・本人または家族の希望	( 自宅 )	( )
	・入院	( 病院 )	( )
	・他施設入所	( 他施設 )	( )
	・死亡	( )	( )
	・	( )	( )

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

(ユニット名) ゆり	総数	( 10 名) (内数)・常勤(専任 3名) (兼務 名) } 常勤換算 ( 7.9名) ・非常勤 ( 7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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	<u>管理者</u> 氏名( <u>山下 里美</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) 資格( 准看護師 ) 認知症介護の経験年数( 12年 1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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
<u>計画作成担当者</u> 氏名( )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格( ) 認知症介護の経験年数( 26年 0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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員研修課程I II) ( )	
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 名) 看護師 ( 2名) その他(ヘルパー2級) ( 3名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 2年 6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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 1 ) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 ( 0 ) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 ( 2 ) 回 (理由) 退職(結婚 1 その他 1)	

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

(ユニット名) ふじ	総数	( 9 名)
		(内数)・常勤(専任 5名) (兼務 名) } 常勤換算( 7.1名)
		・非常勤( 4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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
<u>管理者</u> 氏名( <u>山下 里美</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) 資格( 准看護師 ) 認知症介護の経験年数( 12年 1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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )	
<u>計画作成担当者</u> 氏名( )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格( 准看護師 ) 認知症介護の経験年数( 1年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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( 名) 看護師( 2名) その他(ヘルパー2級) ( 3名) 認知症高齢者のケアの経験年数( 7年 5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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 1 ) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 結婚退職	

9) その他

協力医療機関名	田代医院
医療連携体制の状況 (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)  行政・家族代表・地域代表・入居者代表
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	
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 type="checkbox"/> 有 ( 時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<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 年 月 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」には旧基礎課程を、「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4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、届け出が必要となるものである。