

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22年 11月 1日

1 事業主体の概要

事業所名	グループホーム 三和の邑	事業主体名	社会福祉法人真光会
		代表者名	吉田 精華
		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 ( 後藤 道彌 ) 役職 ( 理事 施設長 )

2 事業の目的及び運営の方針

人権尊重の理念に基づき、認知症高齢者一人ひとりの生活様態や個々の状態を考慮しながら、共同生活を通しての自立を目指して、心身両面の支援と専門的サービスを提供します。

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

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

4 組織の概要

所在地及び連絡先	〒860-0067 熊本県熊本市城山大塘4丁目1番15号  電話番号096-329-6500 ファクシミリ番号096-329-6710		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	路線バス小島方面 高橋中間バス停下車 徒歩約5分		
開設年月日	平成11年12月26日	ユニット数と 利用定員	( 1 ) ユニット 利用定員 ( 9 ) 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 ( 998 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 253.8 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 11.34 ) m <sup>2</sup> 宿泊室について
二人部屋の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

## 6 利用料等（入居者の負担額）

家賃（月額）	（ 35,000 ）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：                      ）円	<input type="checkbox"/> 無
食材料費	（朝食300円 昼食500円 夕食400円 ）	
その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額（円）
①おむつ代	個人の預かり金にて徴収	個別
②その他	個人で使用する日用品、教養費等は個人の預かり金にて徴収	個別
光熱水費	日額500円1ヶ月1回 利用料と一緒に徴収	15,000円

## 8 登録者の概要

現在の登録者の状態	登録人数（ 8 名）（男性（ 0 名） 女性（ 8 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（    名） 要介護2（ 4名） 要介護3（ 1名） 要介護4（ 1名） 要介護5（ 2名） 要支援1（    名） 要支援2（    名）
	年齢（平均84.63歳）（最低 61 歳）（最 97 歳）
利用に当たっての条件	1. 要支援2以上の被保険者であり、かつ認知症の状態であること。 2. 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 3. 自傷他傷の恐れがないこと。 4. 常時医療機関において治療をする必要がないこと。 5. 当事業所の契約書に定めることを承認し、重量事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同できること。
退去に当たっての条件	1. 要介護の認定更新において利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合。 2. 利用者が死亡した場合。 3. 利用者または利用者代理人から契約の解除の申し出があった場合。 4. 利用者が病気の治療、その他のため長期グループホームを離れる事が決まり、その移転先の受入が可能となった場合。但し、利用者および利用者代理人と事業所が協議のうえ、居室の確保に合意した時は契約を継続できる。 5. 利用者が他の施設への入所が決まった場合。

開設以来の退去者数	人数 ( 14 ) 人
	主な理由 退去先 ・医療機関への入院 (病院入院 5人) ・他の施設への入所 (特養等入所 3人) ・自宅への復帰 (自宅 0人) ・死亡 ( 6人)

## 9 職員の概要

総数	( 8 名)
	(内数) ・常勤 (専任 8名) 常勤換算 (7.6名) (兼務 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) ( 304時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数 ( 7.6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)
管理者 氏名 (出口 美恵)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) 資格 ( 介護支援専門員 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 12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 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 <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 ( ) ( )
計画作成担当者 氏名 (出口 美恵) (田中 麗子)	資格 ( 介護支援専門員 准看護師 ) 認知症介護の経験年数 ( 11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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修 <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 ( ) ( )
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 5名) 看護職員 ( 名) 准看護師 ( 名) その他 (ヘルパー2級) ( 1名) 認知症介護の経験年数 介護福祉士A ( 9年 3か月) 介護福祉士B ( 6年 7か月) 介護福祉士C ( 4年 7か月) 介護福祉士D ( 7年 5か月) 介護福祉士E ( 9年 3か月)

	ヘルパー2級（1年8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） 介護福祉士A <input 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 ・認知症対応型サービス管理者研修 <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（ ）
職員の交代状況	①管理者の交代回数（3）回 （理由）法人内の人事異動・退職のため ②計画作成担当者の交代回数（3）回 （理由）法人内の人事異動のため ③常勤職員の交代回数（13）回 （理由）法人内の人事異動・退職のため

## 10 その他

協力医療機関名	三和クリニック・あきた病院・十善病院
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 checked="" type="checkbox"/> 契約（契約先名称）訪問看護ステーションたんぽぽ
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） 民生委員 児童民生委員 地域包括支援センター職員
市町村との連携状況	市主催の集団指導などに参加し、担当者より現況や指導を受けている。
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（注）等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有（具体的に御記入ください。） 月1回午前中に2時間ほど訪問していただいている。 ----- <input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 （市町村が受理した日）	平成 22年 3月 5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。