

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(60,000~65,000) 円
敷金		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (300,000) 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 checked="" 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 (325) 円 昼 食 (594) 円 夕 食 (702) 円 おやつ (月額4,500) 円 又は1日 (150) 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		
②お む つ 代		
③そ の 他		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (15 名) (男性 (5 名)女性 (10 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 (4名) 要介護2 (3名) 要介護3 (3名)	
	要介護4 (5名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)	
	年齢 (平均 79.7 歳) (最低 54 歳) (最高 95 歳)	
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2、又は要介護の介護認定を受けており、医師より認知症の診断を受けていること。また自傷他害行為がないこと。	
退居に当たっての条件	要支援1、又は自立と判断された場合。医療機関への入院が1ヶ月以上に及んだ場合。自傷他害行為により共同生活が困難になった場合。	
退 居 者 開設以来・直近5年 -年 月 ~	人数 (23) 人 主な理由 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	退居先・死亡 (看取り) () () () () () ()

(ユニット名) 3階 ユニット	総数	(8 名) (内数)・常勤(専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算(7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	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤(名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	管理者 氏名(松村真弓)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格() 認知症介護の経験年数(10 年 ヶ月) 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 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者)
	計画作成担当者 氏名(松村真弓)	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(10 年 ヶ月) 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 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者)
その他の職員	資格 介護福祉士(2 名) 看護師(名) その他() (5 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 年 ヶ月) 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(1 名) <input type="checkbox"/> 未受講(6 名) (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済(名) <input type="checkbox"/> 未受講(名) ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済(名) <input type="checkbox"/> 未受講(名) ・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 (直近5年)	① 管理者の交代回数 (5)回 (理由)退職 ② 計画作成担当者の交代回数 (3)回 (理由)退職 ③ 常勤職員の交代回数 ()回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	医療法人真芳会 はやし泌尿器クリニック
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 checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 医療法人真芳会 はやし泌尿器クリニック)
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) ・入居者様 ・入居者様ご家族 ・地域住民代表 約3名 ・地域包括支援センター担当者 ・管理者
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9 時～ 20 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 28 年 3 月 9 日
前回の調査機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター

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。