

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23年1月24日

1 事業主体の概要

事業所名	グループホーム 康寿苑	事業主体名	社会福祉法人嘉悠会
		代表者名	西村 栄彦
		研修の受講状況	<input 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 (藤岡 安代) 役職 (施設長)

2 事業の目的及び運営の方針

認知症になり要介護状態となっても、人間として尊厳をもって最後まで本人らしい生活をしていただくことを目的に共同生活を営むための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	〒861-3105 上益城郡嘉島町上六嘉2268番地 電話番号096-234-8885 ファクシミリ番号096-237-5270		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	熊本バス「足手荒神入口バス停」から徒歩5分		
開設年月日	平成16年6月25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 type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 (小規模多機能施設)
建物構造	(木造平屋建) 造り (1階建ての1階部分)
広さ等	敷地面積 (1008.26) m ² 延床面積 (445.1) m ² 1室当たりの居室面積 (12.4) m ² 宿泊室について
二人部屋の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 無
保証金の有無（入居時一時金）	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input 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	（1日 840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	月払い	100円/1枚
②その他	水道光熱費	280円/1日
	共益費	70円/1日

8 登録者の概要

現在の登録者の状態 ※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	登録人数（9名）（男性（0名） 女性（9名））
	要介護1（2名） 要介護2（1名） 要介護3（1名） 要介護4（4名） 要介護5（1名） 要支援1（ 名） 要支援2（ 名）
	年齢（平均87歳）（最低77歳）（最94歳）
利用に当たっての条件	町民の方・介護保険要支援2～要介護5の方・共同生活が可能な方等
退去に当たっての条件	要支援1と判断された場合・利用料金の支払いが3ヶ月以上遅れ、催促にもかかわらず支払われない場合・町外へ転居した場合等
開設以来の退去者数	人数（ ）人 主な理由 退去先 ・医療機関への入院 （病院入院 人） ・他の施設への入所 （特養等入所 人） ・自宅への復帰 （自宅 人） ・死亡 （ 人）

9 職員の概要

<p>総数</p>	<p>(8名)</p> <hr/> <p>(内数)・常勤 (専任7名) 常勤換算(7.25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) (294時間)÷40時間=常勤換算数(7.35名) 注:勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。</p>
<p>夜間の体制</p>	<p><input type="checkbox"/>専任 <input type="checkbox"/>兼務(兼務の施設)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>夜勤()名 <input type="checkbox"/>宿直()名</p>
<p>管理者 氏名(杉尾 昌克)</p>	<p><input type="checkbox"/>専任 <input type="checkbox"/>兼務(兼務の施設)</p> <p>資格(介護支援専門員)</p> <p>認知症介護の経験年数(15年)か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践研修(実践者研修) <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 (介護支援専門員実務者研修) (計画作成担当者研修)
<p>計画作成担当者 氏名(杉尾 昌克)</p>	<p>資格()</p> <p>認知症介護の経験年数()年)か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践研修(実践者研修) <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 () ()
<p>その他の職員</p>	<p>資格 介護福祉士(2名) 看護職員()名 准看護師 (1名) その他() ()名</p> <p>認知症介護の経験年数 介護福祉士A(8年)か月) 介護福祉士B(10年)か月) 准看護師A(1年)か月) 准看護師B()年)か月) ヘルパー2級A()年)か月) ヘルパー2級B()年)か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 （ 1 ） 回 （理由）異動 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

10 その他

協力医療機関名	西村病院
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 type="checkbox"/> 契約（契約先名称）
運営推進会議の設置状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況（2ヶ月に1回） メンバー構成（役職等） 老人会長・民生委員・社協職員・利用者・家族 施設長・スタッフ
市町村との連携状況	新規入居者の相談等、随時行う
入居者家族会等の有無	<input 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 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 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2月13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。