

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(¥30.000) 円
敷金		有 () 円 レ 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		有 () 円 レ 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	有 (期間:) 無
<u>食 材 料 費</u>		朝 食 (¥200) 円 昼 食 (¥400) 円 夕 食 (¥400) 円 おやつ (¥0) 円 又は1日 (¥10.000) 円
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
理 美 容 代	実費	
お む つ 代	リハビリパンツLL 1P リハビリパンツM~L 1P 尿取りパット 1P	¥1600円 ¥1800円 ¥600円
そ の 他	水・光熱費 { 電気・ガス・水道・灯油 }	1日500円
・	共益費 { 行事・イベント・浄化槽保守管理費・ごみ処理費 }	1日100円
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (17 名) (男性 (4 名) 女性 (13 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 (3名) 要介護2 (7名) 要介護3 (5名) 要介護4 (1名) 要介護5 (1名) 要支援2 (0名)
	年齢 (平均 79.3 歳) (最低 62 歳) (最高 93 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 自傷他害の恐れのない方 2. 共同生活にふさわしい方
退居に当たっての条件	1. 医療機関への入院 2. 共同生活にふさわしくないと判断された時
開設以来の退居者数	人数 (14) 人 主な理由 ・介護度の改善 (施設) ・本人家族の意向 (在宅) ・骨折 (病院) ・食事摂取困難 (病院) ・共同生活が困難 (病院)

9) その他

協力医療機関名	花倉病院 つかさ歯科
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	レ職員として配置 契約(契約先名称)
運営推進会議の設置状況	レ有 無 開催状況(2月に1回 = 奇数月の第3土曜日) メンバー構成(役職等) 町内会長・民生委員・校区社協員 入居者・入居者の家族・支援センター職員 事業所(施設長・管理者・ケアマネジャー・介護職員 今後消防署や婦人会などにも呼びかけていきたい。
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。)	要請があれば,受け入れる用意がある
入居者家族会等の有無	レ有 無 親和会(夏祭りの協力)
家族の面会時間の設定の有無	有(時~ 時) レ無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	レ 有(具体的にご記入下さい。) H.18.11.29
	無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18年 4 月 2 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)

- 「 」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。
- 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 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。
- 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。

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。)

() () 笑 み の 家 ()	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任 3名) (兼務 名) } 常勤換算(4.9名) ・非常勤(6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	レ専任 兼務(兼務の施設) レ夜勤(1名) 宿直(名)
	管理者 氏名(<u>野元政子</u>)	レ専任 兼務(兼務の施設) 資格〔看護師・ケアマネジャー) 認知症介護の経験年数(14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) レ受講済 未受講 (実践リーグ-研修) レ受講済 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 受講済 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会)(県グループホーム協議会管理者研修)
計画作成担当者 氏名(<u>日高順子</u>)	介護支援専門員資格 レ有 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(10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) レ受講済 未受講 (実践リーグ-研修) 受講済 レ未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員研修会)(グループホーム外部評価研修会)	
その他の職員	資格 介護福祉士(1名)看護師(1名)准看護師(1名) その他(ヘルパー2級)(5名) 認知症高齢者のケアの経験年数(4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) 受講済 レ未受講 (実践リーグ-研修) 受講済 レ未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 レ未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (福祉サービスに関する相談苦情解決事業研修会) 受講済者(1名) (県グループホーム協議会職員研修) 受講済者(4名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (0)回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 (0)回 (理由) 常勤職員の交代回数 (1)回 (理由) 増員	