（調査様式２）

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６月１日）

１）事業主体の概要

事　業　所　名	グループホーム華蓮	事業主体名	宗教法人　光徳寺
		代 表 者 名	谷口　修美
		研修の受講状況	□受講済　　■未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名（　谷口　良子　） 役職（　管理者　　）

２）事業の目的及び運営の方針

（１）認知症高齢者の人権が尊重され自立した生活を送る事ができるように支援する。

（２）家庭的な環境の下で　日常生活を送る事ができるように支援する

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
□　短期利用共同生活介護

４）組織の概要

所在地及び連絡先	〒８９３－００５５ 鹿屋市野里町３４５６－７ ＴＥＬ　０９９４－４２－７２２３ ＦＡＸ　０９９４－４２－７２２４		
交通の便（最寄りの交通機関等）	大隅交通ネットワーク　鹿屋高須線中島バス停徒歩１分		
開設年月日	昭和・平成16年３月１日	ユニット数と利用定員	（　1）ユニット　利用定員（　９　）人
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。）			

５）建物の概要

建　物　形　態	■　単独型　　□　併設型
建　物　構　造	（木造瓦葺平屋　）造り　（　１　階建ての　　１　階部分）
広　　さ	敷地面積（　５９４，２４）㎡　延床面積（　３１３，６４　）㎡ １室当たりの居室面積（　１０．８３　）㎡
二人部屋の有無	□　有　　■　無

6）利用料等（入居者の負担額）

家　　賃（月額）		（　８００　／　日　　）円
敷　　金		□ 有（　　）円　　■ 無
保証金の有無(入居時一時金)		□ 有（　　）円　　■ 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
食　材　料　費		朝　食（　　）円　昼　食（　　）円 夕　食（　　）円　おやつ（　　）円 又は１日（９００　）円

その他の費用と徴収方法

名　目	徴　収　方　法	金　額(円)
①理　美　容　代	実費徴収	
②お　む　つ　代	実費徴収	
③そ　の　他		
・		
・		
・		

7）利用者の概要

現在の利用者の状態 ※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	利用人数（　９　名）　（男性（　　名）女性（　９　名）） 要介護１（　２名）　要介護２（　５名）　要介護３（　２名） 要介護４（　　名）　要介護５（　　名）　要支援２（　　名） 年齢（平均　８７，７歳）　（最低　８３　歳）　（最高　９２歳）
利用に当たっての条件	認知症の状態にあり　かつ要支援２以上の被認定者であること 自傷他害の恐れがないこと
退居に当たっての条件	要介護の認定更新において入居者が自立若しくは要支援１と認定された場合　共同生活が困難になった場合
開設以来の退居者数	人数　（　１２　）人 主な理由　　退居先 ・自宅での介護可能となった　（　自宅　３名　） ・入院　（　病院　４名　） ・自宅近くにグループホームができた（　ＧＨ　４名　） ・家族の希望　（介護老人福祉施設　１名）

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）	総数	（　　９　名） （内数）・常　勤（専任　５ 名） （兼務　　０名） ・非常勤（　４　名） 常勤換算（ ６．２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	■専任　　□兼務（兼務の施設　　） ■夜勤（　　１　名）　　□宿直（　　名）
	管理者 氏名（谷口良子 ）	■専任　　□兼務（兼務の施設　　） 資格（看護師　ホームヘルパー１級　　） 認知症介護の経験年数（　５年　３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　□未受講 （実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□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 認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ管理者研修　■受講済　□未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 （　　）（
	計画作成担当者 氏名（中村奈津美）	介護支援専門員資格　■有　□無 他の資格（看護師　ホームヘルパー１級　　） 認知症介護の経験年数（　　３年　３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　□未受講 （実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□受講済　■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（　１名）准看護師（１名） その他（調理師　１名　　）　（　　名） 認知症高齢者のケアの経験年数（　　年　　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　■未受講 （実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□受講済　■未受講 ・認知症介護指導者研修　□受講済　■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　（　０　）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　（　　４　）回 （理由）　一身上の都合

９）その他

協力医療機関名	医療法人　おさしお会　長崎内科
医療連携体制の状況 （看護師の確保方法）	□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	■有　　□無 開催状況（　２　月に１　回） メンバー構成（役職等） ・町内会会長 ・自治会会長 ・家族代表 ・市役所 ・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	□有　　■無
家族の面会時間の設定の有無	□有（８：３０　時～１８：３０　　時）　　□無
介護相談員[注)] 等の受入状況	□有（具体的にご記入下さい。） ■無
直近の外部評価公表日 （市町村が受理した日）	平成　　１８年　８　月　１０　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。