



6) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃(月額)		( 25,000 ) 円	
敷金	有 ( ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
保証金の有無(入居時一時金)		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	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 ( 1,000 ) 円おやつ代含む	
<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	スタッフが行う場合(理美容院に行かれる方は実費)		無料
おむつ代			各人実費
その他	<電気カーペット、電気毛布> 1Hあたり1.3円×14H×30日 = 546円		<電気カーペット、電気毛布> は500円
・(電気代の積算基準	<テレビ> 1Hあたり2.5円×10H×30日 = 750円		<テレビ> は500円
は右のとおり)	<エアコン> 1Hあたり12円×15H×30日 = 5,400円		<エアコン> は3,000円
・	普通の場合いただきませんが、1日中使用の場合は話し合いの上いただきます		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 0名) 女性 ( 18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 ( 1名)	要介護2 ( 8名)	要介護3 ( 5名)
	要介護4 ( 2名)	要介護5 ( 2名)	要支援2 ( 名)
	年齢 (平均 86 歳) (最低 79歳) (最高 91歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護の認定を受けた人で介護度1~5の方 認知症と医師が診断された方 少人数による共同生活が出来る方		
退居に当たっての条件	3週間以上の入院の場合 共同生活の営めない方 利用料を2ヶ月滞納したとき 医療処置が必要となり医師から入院の必要ありと認められたとき。		
開設以来の退居者数	人数 ( 31 ) 人		退居先
	主な理由		
	・入院による	( 21人)	
	・自宅へ帰られた	( 4人)	
	・特別養護老人施設へ	( 3人)	
	・ホームで最期をみとる	( 3人)	
	・	( )	

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。)

( ) ( ) 1 号棟 ( )	総数	( 10名 ) (内数)・常勤(専任 1名) (兼務 名) 常勤換算(5.5名) ・非常勤( 9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 checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直(一号棟及び二号棟で1名)
	<u>管理者</u> 氏名( <u>米島瑞穂</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 ) 資格( 介護福祉士、ケアマネージャー ) 認知症介護の経験年数( 10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) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) 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 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	<u>計画作成担当者</u> 氏名( <u>米島瑞穂</u> )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格(介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数( 10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) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) 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( 名) 准看護師( 2名) その他(ヘルパー二級 3名) (無資格 4名)  認知症高齢者のケアの経験年数(平均 8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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 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 ( ) 受講済者( 名) ( ) 受講済者( 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 ( )回 明確な記録があり (理由)事業拡大による業務上の都合やご利用者家族からの苦情など	

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。)

( ) ( ) 二 号 棟 ( )	総数	( 11名 ) (内数)・常勤(専任 5名) (兼務 1名) 常勤換算( 8名) ・非常勤( 5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 checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直(一号棟及び二号棟で1名)
	<u>管理者</u> 氏名(橋口るみ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 ) 資格(看護師 ) 認知症介護の経験年数( 4年4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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リダ-研修) 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 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
<u>計画作成担当者</u> 氏名(橋口るみ子)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格(看護師 ) 認知症介護の経験年数( 4年4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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リダ-研修) 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( 2名) 准看護師( 1名) その他(2級ヘルパー 5名) (無資格 2名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 8年4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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リダ-研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 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 ( ) 受講済者( 名) ( ) 受講済者( 名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 常勤職員の交代回数 ( ) 回 明確な記録がありません。 (理由) 事業拡大による業務上の都合やご利用者家族からの苦情など	

9) その他

協力医療機関名	松元病院 古川医院 坂口歯科医院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無 開催状況( 2月に 1回 ) メンバー構成(役職等) 家族会会長 久留須修、家族会副会長 中村千鶴子 竹村星輝(元大口市議)、前田泰弘(元曾木老人会会長) 外西玲子(校区民生委員)、宮原孝文(大口市保健介護課長) 鬼塚美恵子(めぐみの里代表)、古城恵人(事務長) 米島瑞穂(管理者兼計画作成担当者) 橋口るみ子(管理者兼計画作成担当者)
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 checked="" type="checkbox"/> 有 無
家族の面会時間の設定の有無	有( 時~ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	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 19年 4月 27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。