

(別紙5-2)

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21年 8月 11日

1 事業主体の概要

事業所名	グループホーム若葉園	事業主体名	(株)ケアサポート
		代表者名	久保田 譲二
		研修の受講状況	<input checked="" 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 ( ) 役職 ( )

2 事業の目的及び運営の方針

要介護者であり、認知症の状態にある者について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにする。

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	〒868-0501 熊本県球磨郡多良木町大字多良木1537番地  電話番号0966-42-3918 ファクシミリ番号42-7055		
交通の便(最寄りの交通機関等)	くまがわ鉄道 多良木駅より徒歩3分		
開設年月日	平成18年 5月25日	ユニット数と利用定員	(2)ユニット 利用定員(18)人

5 建物の概要

建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建物構造	( 木造 ) 造り ( 1 階建ての 階部分)
広さ等	敷地面積 ( 630 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 625.87 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 14.14 ) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

## 6 利用料等（入居者の負担額）

家賃（月額）	（ 36000（37200））円	
敷金	□有（ ）円 ■無	
保証金の有無（入居時一時金）	■有（ 180,000 ）円 □無	
有の場合、 保全措置の内容	居室の清掃・寝具マットクリーニング・クロス等	
有の場合、償却の有無	■（期間： ） □無	
食材料費	（ 30,000 ）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	個人預かり金より支払い	1回 1000円
②おむつ代	購入代行（月末〆にて請求）	実費
③その他		

## 7 利用者の概要

現在の登録者の状態	利用人数（ 18名）（男性（ 2名） 女性（16名）
※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	要介護1（ 名） 要介護2（ 5名） 要介護3（4名） 要介護4（ 5名） 要介護5（ 3名） 要支援2（1名）
	年齢（平均 87.3 歳）（最低 80 歳）（最高 96 歳）
利用に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援2以上で、認知症の状態にあり、共同生活を営むことに支障がないこと。</li> <li>・ 著しい自傷他害の恐れがないこと。</li> <li>・ 常時医療機関等において治療を必要としないこと。</li> <li>・ 本契約に定めることを承諾し、運営方針に賛同できること。</li> </ul>
退去に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定更新時において、非該当若しくは要支援1と認定された場合。</li> <li>・ 本人若しくは家族の申し出があった場合。</li> <li>・ 利用者の病状、心身の状態が著しく悪化し、サービスの提供範囲を超えると判断された場合。（長期入院含む）</li> <li>・ 利用料を2か月分滞納した時。</li> </ul>

開設以来の退去者数	人数（ 10 ）人	
	主な理由 ・ 入院 ・ 入院 ・ 入院 ・ 自己都合	退去先 （ 精神科 ） （ 療養型 ） （ターミナルケア） （ 自宅 ）



職員の交代状況	①管理者の交代回数 ( 2 ) 回 (理由) 体制見直し、管理者退職
	②計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 管理者交代のため
	③常勤職員の交代回数 ( 2 ) 回 (理由) 1年に1回の異動あり

## 9 その他

協力医療機関名	渡辺医院・くろにた歯科・球磨郡公立多良木病院
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 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) 多良木町役場介護保険担当係長 地域包括支援センター職員 担当地区民生委員 入居者家族 施設長・管理者・計画担当作成者
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的に御記入く ださい。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (午前9時～午後8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/> <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 年 月 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。