

5) 建物の概要

<u>建 物 形 態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建 物 構 造</u>	(木造平屋) 造り (1 階建ての 1 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (3, 400) m ² 延床面積 (505.25) m ² 1室当たりの居室面積 (10.5) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家 賃 (月 額)</u>	(21,000) 円	
敷 金	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (50,000) 円 <input type="checkbox"/> 無	
	有りの場合 保全措置の内容	教養娯楽費
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>	朝 食 (200) 円 昼 食 (200) 円 夕 食 (400) 円 おやつ (200) 円 又は1日 (1,000) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
①理 美 容 代	次月に振込みにて	実費相当額
②お む つ 代	次月に振込みにて	実費相当額
③そ の 他		
・水道光熱費	次月に振込みにて	月額9,000円
・寝具代	次月に振込みにて	月額1,260円
・		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>※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</p>	<p>利用人数 (18 名) (男性 (3 名) 女性 (15 名))</p> <p>要介護1 (11 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)</p> <p>年齢 (平均 89.2 歳) (最低 83 歳) (最高 98 歳)</p>
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の診断に基づき要支援2～要介護5の方で、認知症の診断を受けられたかた。 ・共同生活を送ることに支障がないこと
<p>退居に当たっての条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用料滞納2ヶ月以上 ・入院治療が必要となり、介護サービスを提供できなくなった時。 ・他の利用者の生活または健康に重大な危険を及ぼしたり、他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をなした時
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (25) 人</p> <p>主な理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院 ・療養型へ入居 ・自宅療養 ・他施設へ転居 <p>退居先</p> <ul style="list-style-type: none"> (児玉病院) (加世田病院) (薩南病院) (崎山内科) (石垣の里) (養徳園) (パールランド病院) (菊野病院) (恵風園) (有馬病院) (ラポール吉井) (真愛病院) (寿光園)

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。）

虹の棟 (ユニット名)	総数	(1 1 名) (内数) ・常 勤 (専任 5 名) (兼務 名) } 常勤換算 (6 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)(240時間)÷40時間=常勤換算数(6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 (佐久間 瞳)	■専任 □兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (7 年 1 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 □未受講 (実践リーダー研修) □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 (県GH連絡協議会研修会) ()
	計画作成担当者 氏名 ()	介護支援専門員資格 □有 ■無 他の資格 (介護福祉士、ヘルパー2級) 認知症介護の経験年数 (3 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 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束防止推進研修) ()
その他の職員	資格 介護福祉士 (1 名) 看護師 (1 名) その他 (ヘルパー1級 1名) (ヘルパー2級 2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 (実践リーダー研修) □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 (スタッフ研修会) 受講済者 (1 名) () 受講済者 (名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由) 健康上の理由 ② 計画作成担当者の交代回数 (2) 回 (理由) 健康上の理由 ③ 常勤職員の交代回数 (2) 回 (理由) 自己都合	

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) 夢の棟 (総数	(9 名)
		(内数)・常勤(専任 3名) (兼務 名) } 常勤換算(6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)(240時間)÷40時間=常勤換算数(6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(佐久間 瞳)	■専任 □兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員、介護福祉士) 認知症介護の経験年数(7 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) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □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 (県GH連絡協議会研修会) ()
計画作成担当者 氏名()	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(7 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) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (県GH連絡協議会研修会) ()	
その他の職員	資格 介護福祉士(0 名) 看護師(1 名) その他(ヘルパー1級 1名)(ヘルパー2級 2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 (実践リーダー研修) □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 (地域リハビリテーション) 受講済者(1 名) (グループホームスタッフ研修) 受講済者(1 名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由)健康上の理由 ② 計画作成担当者の交代回数 (3) 回 (理由)健康上の理由 ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由)一身上の都合	

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	吉見医院 大浦歯科 訪問看護ステーション「満天」
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 <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) 市役所職員 民生委員 協力医療機関 利用者 家族代表 警察官 永田区長
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 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 18 年 7 月 12 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。