

(別紙1)

## 認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成19年10月1日)

### 1) 事業主体の概要

事業所名	グループホーム 蔵の家	事業主体名	社会福祉法人 王慈福社会
		代表者名	胡谷 直
		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( 高橋 和巳 ) 役職( 副理事長 )

### 2) 事業の目的及び運営の方針

お年寄りが、その人らしく、豊かに安心して暮らせる場所作り

### 3) 事業所の所在する市町村以外の市町村からの指定(平成18年4月1日以降の指定に限る)

無  有 ( ) 市町村

### 4) 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

### 5) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒 711 - 0906 倉敷市児島下の町5-2-54 TEL 086 - 473 - 3300 FAX 086 - 473 - 3300		
交通の便(最寄りの交通機関等)	JR 瀬戸大橋線 児島駅より下電バス「王慈園前」バス停1分		
開設年月日	平成 12 年 4 月 1 日	ユニット数と 利用定員	( 2 )ユニット 利用定員( 18 )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。)			

## 6) 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	( 鉄骨・鉄筋 ) 造り      ( 2 階建ての 1,2 階部分)
広 さ	敷地面積 ( 1,216.36 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 688.12 ) m <sup>2</sup> 1 室当たりの居室面積 ( 13.83 ) m <sup>2</sup> ※別紙 1-1 (再掲) へ記入有
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

## 7) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃 (月額)	( 22,300 ) 円	
敷 金	<input type="checkbox"/> 有 (            ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 (            ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	有りの場合 保全措置の内容	
	有りの場合 償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間            ) 年 <input type="checkbox"/> 無
食材料費	朝 食 ( 150 ) 円      昼 食 ( 250 ) 円 夕 食 ( 350 ) 円      おやつ (            ) 円 又は 1 日 ( 750 ) 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
② おむつ代	月締めで請求	実費
③ 光熱水費		18,300
④		
・		
・		

8) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態 (事業所単位)</p> <p>※ 介護予防指定認知症対応型共同生活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 ( 4 名) 女性 ( 14 名))</p> <hr/> <p>要支援2 ( 1 名) 要介護1 ( 2 名) 要介護2 ( 6 名)</p> <hr/> <p>要介護3 ( 6 名) 要介護4 ( 3 名) 要介護5 ( 名)</p> <hr/> <p>年齢 (平均 79.6 歳) (最低 62 歳) (最高 99 歳)</p> <p>40～64歳 ( 1 名)</p> <p>年齢構成 65～74歳 ( 1 名)</p> <p>75歳～ ( 16 名)</p>
<p>利用に当たっての条件</p>	<p>認知症により、家庭生活が困難な高齢者</p>
<p>退去に当たっての条件</p>	<p>病気、その他の理由で当施設での対応が著しく困難と判断された者</p>
<p>退去者数</p> <p>(平成18年10月1日～平成19年9月30日の間)</p>	<p>人数 ( 5 ) 人</p> <p>退去先</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅 ( ) 名</li> <li>・ 他施設 ( ) 名</li> <li>・ 病院 ( 5 ) 名</li> <li>・ 死亡 ( ) 名</li> <li>・ その他 ( ) 名</li> </ul>



※別紙1-1(再掲)

(認知症高齢者グループホームに係る情報提供票の補足として使用してください。)

<p>6) 建物の概要 広 さ</p>	<p>1室当たりの居室面積 ( 13.83 ) m<sup>2</sup> 最小値 ( 11.20 ) m<sup>2</sup> 最大値 ( 15.20 ) m<sup>2</sup></p>
<p>10) その他 医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p>■ 職員として配置 (契約により確保する場合も含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 常 勤 (      名 ) (      時間/週)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 (      1 名 ) (      6 時間/週)</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p>■ 契約により確保している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約先 <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション</li> <li><input type="checkbox"/> 病院・診療所</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul> </li> <li>■ 包括払い <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1ヶ月の総額での支払いとしている場合</li> <li><input type="checkbox"/> 利用実績による出来高払い <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1ヶ月の出来高払いでの支払いとしている場合</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 兼務している職種</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 管理者</li> <li><input type="checkbox"/> 計画作成担当者</li> <li><input type="checkbox"/> 介護支援専門員</li> <li><input type="checkbox"/> 介護従事者</li> </ul> <p>■ 介護職員とは別の勤務体制を取っている職員 (      1 名)</p> <p>【看護師が介護職員とは、別の勤務体制を取っている場合は、その数を入力してください。】</p>
<p>入居者の看取りの有無 (平成18年10月1日～ 平成19年9月30日の間)</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 (      名 )      <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>

## ※別紙1-2

都道府県名 : 岡山県

市町村名 : 倉敷市

事業所名 : グループホーム 蔵の家

9-1) 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 階	総数 (ユニットごと)	( 8 名) ※本欄は、実数を記入すること。
	(内数)	・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 6.7 名) ・非常勤 (専任 2 名) (兼務 名)
—	①当該事業所の定める常勤の一週間当たりの勤務時間 ( 37.0 時間)	
—	※ 職員の1週間の勤務延時間数 注) 248.0 時間) ÷ ① = 常勤換算 6.70 名)	
	注) 勤務延時間には、夜勤・宿直時間数は含まない。	
—	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 夜勤: 専任 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 兼務( 名) (兼務施設 ) <input type="checkbox"/> 宿直: 専任 ( 名) <input type="checkbox"/> 兼務( 名) (兼務施設 )
		夜間及び深夜の時間帯 20 時 ~ 9 時: 13 時間)

## ※別紙1-2

都道府県名 : 岡山県

市町村名 : 倉敷市

事業所名 : グループホーム 蔵の家

9-1) 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)

2 階	総数 (ユニットごと)	( 8 名) ※本欄は、実数を記入すること。
	(内数)	・常勤 (専任 5 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 6.6 名) ・非常勤 (専任 3 名) (兼務 名)
〜	①当該事業所の定める常勤の一週間当たりの勤務時間 ( 37.0 時間)	
〜	※ 職員の1週間の勤務延時間数 注) 244.0 時間) ÷ ① = 常勤換算 6.59 名)	
	注) 勤務延時間には、夜勤・宿直時間数は含まない。	
〜	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 夜勤: 専任 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 兼務( 名) (兼務施設 ) <input type="checkbox"/> 宿直: 専任 ( 名) <input type="checkbox"/> 兼務( 名) (兼務施設 )
		夜間及び深夜の時間帯 20 時 ~ 9 時: 13 時間)

9-2) 職員の概要(複数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階	管理者 氏名 ( 竹内 雄二 ) 所有資格 ( 介護福祉士、介護支援専門員 ) 認知症介護の経験 ( 8年 3か月 )	勤務形態※1				研修受講歴※2							
		常勤専任	常勤兼務	非常勤専任	非常勤兼務	基礎課程	専門課程	実践者	リーダー研修	指導者	GH管理者	サービス管理者	計画作成担当
		○					○	○					
		兼務施設 ( グループホーム蔵の家 ) ※兼務している場合に記入。 兼務職種 ( 現場介護、計画作成 )											
	計画作成担当者 氏名 ( 竹内 雄二 ) 介護支援専門員資格 ■有 □無 所有資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験 ( 8年 3か月 )	勤務形態※1				研修受講歴※2							
		常勤専任	常勤兼務	非常勤専任	非常勤兼務	基礎課程	専門課程	実践者	リーダー研修	指導者	GH管理者	サービス管理者	計画作成担当
		○					○	○					
		兼務職種 ( 管理者、介護職 ) ※兼務している場合に記入。											
その他職員 認知症介護の経験		勤務形態※1				研修受講歴※2					資格		
		常勤専任	常勤兼務	非常勤専任	非常勤兼務	基礎課程	専門課程	実践者	リーダー研修	指導者	介護福祉士	看護師	その他
	(A)	( 1年 か月 )	○										
	(B)	( 1年 か月 )	○										
	(C)	( 1年 か月 )	○										
	(D)	( 2年 か月 )	○										
	(E)	( 3年 か月 )	○										
	(F)	( 1年 か月 )	○										
	(G)	( 1年 か月 )			○								
	(H)	( 1年 か月 )			○								
	(I)	( 年 か月 )											
	(J)	( 年 か月 )											
	(K)	( 年 か月 )											
計	( 1年 4か月 )												
※ 合計欄の認知症介護の経験については、ユニットごとの平均を記入してください。													
認知症介護に関する研修の今年度受講者(見込みの者を含む) ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講者数 ( )名 ・認知症介護実践研修(リーダー研修) 受講者数 ( )名 ・認知症介護指導者研修 受講者数 ( )名 ・認知症対応型サービス事業開設者研修 受講者数 ( )名 ・認知症対応型サービス事業管理者研修 受講者数 ( )名 計 ( )名													
職員の交代状況 (平成18年10月1日～平成19年9月末の間)		①管理者の交代回数 ( )回 (理由) ②計画作成担当者の交代回数 ( )回 (理由) ③常勤職員の交代回数 ( )回 (理由)											

※1 勤務形態・研修受講歴・資格欄については、該当箇所には○をご記入下さい。

※2 研修受講歴にある実践者とは、実践者研修・指導者とは、認知症介護指導者研修・GH管理者とは、認知症グループホーム管理者研修・サービス管理者とは、認知症対応型サービス事業管理者研修・計画作成担当とは、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修をいう。

9-2) 職員の概要(複数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)

2 階	管理職 氏名 ( 國宗 忍 ) 所有資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験 ( 10年 4か月)	勤務形態※1				研修受講歴※2							
		常勤 専任	常勤 兼務	非常勤 専任	非常勤 兼務	基礎 課程	専門 課程	実践 者	リーダ- 研修	指導 者	GH管 理者	サービ スマネ ージャー	計画作 成担当
			○					○	○		○		
		兼務施設 ( グループホーム蔵の家 ) ※兼務している場合に記入。 兼務職種 ( 計画作成担当者 )											
	計画作成担当者 氏名 ( 國宗 忍 ) 介護支援専門員資格 □有 ■無 所有資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験 ( 10年 4か月)	勤務形態※1				研修受講歴※2							
		常勤 専任	常勤 兼務	非常勤 専任	非常勤 兼務	基礎 課程	専門 課程	実践 者	リーダ- 研修	指導 者	GH管 理者	サービ スマネ ージャー	計画作 成担当
			○					○	○		○		
		兼務職種 ( 管理者 ) ※兼務している場合に記入。											
)	その他職員 認知症介護の経験	勤務形態※1				研修受講歴※2					資格		
		常勤 専任	常勤 兼務	非常勤 専任	非常勤 兼務	基礎 課程	専門 課程	実践 者	リーダ- 研修	指導 者	介護 福祉 士	看護 師	その他
		(A)	( 1年 1か月)	○									
		(B)	( 1年 1か月)	○									
		(C)	( 1年 1か月)	○									
		(D)	( 1年 1か月)	○									
		(E)	( 1年 1か月)	○									
		(F)	( 1年 1か月)			○							
		(G)	( 1年 1か月)			○							
		(H)	( 1年 1か月)			○							
		(I)	( 年 1か月)										
		(J)	( 年 1か月)										
		(K)	( 年 1か月)										
	計 ( 1年 1か月)												
※ 合計欄の認知症介護の経験については、ユニットごとの平均を記入してください。													
認知症介護に関する研修の今年度受講者(見込みの者を含む)													
・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講者数 ( 1 )名													
・認知症介護実践研修(リーダ-研修) 受講者数 ( )名													
・認知症介護指導者研修 受講者数 ( )名													
・認知症対応型サービス事業開設者研修 受講者数 ( )名													
・認知症対応型サービス事業管理者研修 受講者数 ( )名													
計 ( 1 )名													
職員の交代状況 (平成18年10月1日～ 平成19年9月末の間)		①管理者の交代回数 ( )回 (理由) ②計画作成担当者の交代回数 ( )回 (理由) ③常勤職員の交代回数 ( 4 )回 (理由) 退職、異動											

※1 勤務形態・研修受講歴・資格欄については、該当箇所には○をご記入下さい。

※2 研修受講歴にある実践者とは、実践者研修・指導者とは、認知症介護指導者研修・GH管理者とは、認知症グループホーム管理者研修・サービス管理者とは、認知症対応型サービス事業管理者研修・計画作成担当とは、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修をいう。