

## 【別紙】 2-1

### 認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票 (令和 7 年 11 月 15 日)

#### 1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム賀美邑	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人豊井会
		<u>代表者名</u>	理事長 仲井史子
		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

- 認知症の状態にあり、共同生活が営める要介護高齢者に適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
- グループホームで暮らす人々を社会的参加が困難となった一家族とみなし、安全面、健康面を重点テーマとして運営する。
- ケアハウスと一体となってよりよいアメニティ機構とする。

#### 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
- サービス提供体制強化加算III

#### 4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>		〒369-0311 埼玉県児玉郡上里町勅使河原 1584 TEL 0495-35-0333 FAX 0495-34-0002	
交通の便 (最寄りの交通機関等)		JR 高崎線 神保原駅もしくは新町駅から車で 5 分	
開設年月日	平成 13 年 10 月 1 日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	1 ユニット 利用定員 9 人
事業所の併設施設		ケアハウス賀美邑・ケアセンター賀美邑	

#### 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 1175 m <sup>2</sup> 延床面積 330.38 m <sup>2</sup> 1 室あたりの居室面積 13.25 m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

## 【別紙】 2-2

### 6) 利用料等（入居者の負担額）

<u>家賃（月額）</u>	7,185円(月額)	
<u>敷金</u>	<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 type="checkbox"/> 有 ( ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>有りの場合 保全措置の内容</u>		
<u>有の場合償却の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 (期間： )	<input type="checkbox"/> 無
<u>食 料 費</u>	実費	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
<u>名 目</u>	<u>徴 収 方 法</u>	<u>金 額(円)</u>
①理 美 容 代	銀行振込又は現金	1,300円(カットの場合)
②お む つ 代	同上	実費
③そ の 他	同上	実費

### 7) 利用者の概要

<u>現在の利用者の状態</u>	利用人数 8名 (男性 0名 女性 8名)
<u>※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</u>	要介護1 (1名) 要介護2 (2名) 要介護3 (3名) 要介護4 (1名) 要介護5 (1名) 要支援2 (0名)
	年齢 (平均 87 歳) (最年少 74 歳) (最高 96 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護で要支援2または要介護1~5と認定された人</li> <li>医師の診断書等により、認知症の状態である事が確認できた人</li> <li>共同生活を営むことができる人</li> </ul>
<u>退居に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用料金を催告したにも係わらず、規定の期間内に支払わない場合</li> <li>病院等に入院し、3ヶ月を過ぎても退院できないことが明らかになつた場合</li> <li>本契約を継続し難いほどの行為を行つた場合</li> <li>要介護認定の更新で自立または要支援1と認定された場合</li> </ul>
<u>開設以来の退居者数</u>	<p>人数 48人      主な理由 退居先</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>他施設入所 (特別養護老人ホーム、グループホーム、ケアハウス)</li> <li>帰宅</li> <li>死亡</li> <li>入院</li> </ul>

## 【別紙】 2-3

### 8) 職員の概要

グループホーム 賀美邑	総数	10名 (内数)・常勤(専任4名) ・非常勤4名	常勤換算7.5名
	<p>※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。</p> <p>職員の1週間の勤務延時間数 (注)(301時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(7.5名)</p> <p>(注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。</p>		
夜間の体制		■専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) ■夜勤(1名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)	)
管理者 氏名(根岸美知子)		■専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護福祉士、介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(19年) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input 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 ■受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症介護実務研修基礎課程)	)
計画作成担当者 氏名(根岸美知子)		介護支援専門員資格 ■有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(介護福祉士、介護予防運動指導員) 認知症介護の経験年数(19年) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input 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) 看護師(1名) その他(ヘルパー2級 1名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均5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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input 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		① 管理者の交代回数 2回 (理由)自己都合による退職、法人内異動 ② 計画作成担当者の交代回数 2回 (理由)自己都合による退職 ③ 常勤職員の交代回数 13回 (理由)自己都合による退職・異動	

## 【別紙】 2-4

### 9) その他

<u>協力医療機関名</u>	昴星クリニック・高崎デンタルクリニック
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) • 地区民生委員 • 地区公民館長 • 法人理事長 • グループホーム管理者 • 利用者、家族代表 • 上里町高齢者いきいき課担当
市町村との連携状況	運営委員会への出席・行事への参加等
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 checked="" type="checkbox"/> 有(10時～16時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 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)	令和元年 12月 16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。