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19年6月1日)

_	`	
1)	事業主体の概要
1	,	

		事業主体名	医療法人 誠心会
	グループホーム	代表者名	理事長 前原くるみ
<u>事業所名</u>	あったかハウス日吉	研修の受講状況	☑受講済 □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

「認知症状により低下している日常生活動作の維持改善」「認知症状による不安と精神的混乱の解消」「自分らしく安心して生活を送れること」を目標に、家族・地域・職員とのやさしいふれあいを 大切にして家庭復帰ができるようお世話させていただきます。

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	いる事業及び加算
\mathbf{O}		カ 塚 玉 木/カ/ハバら 玉 木/カ こ し		

\square	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

4)組織の概要

所在地及び連	<u>終先</u>	〒899-3203 鹿児島県日置市日吉町吉利796番地 TEL 099-246-8111 FAX 099-246-8600			
交通の便(最	と寄りの交通機関等)	路線バス 吉利新町停留所より徒歩3分			
開設年月日	昭和・平成年月	日 <u>ユニット数</u> (2) ユニット 利用定員(18)	人		
	対施設(併設施設から があればご記入下さ				

5) 建物の概要

建物形態	☑ 単独型 □ 併設型
建物構造	(重量鉄骨)造り (1 階建ての 1 階部分)
広さ	敷地面積 (1,622.61) ㎡ 延床面積 (398.96) ㎡ 1室当たりの居室面積 (8.75) ㎡
二人部屋の有無	□ 有 ☑ 無

6) 利用料等(入居者の負担額)

<u>家</u>	賃	(日額)	(5 5	0)	円			
敷		金	□有()	円	abla	無	
保証金の有	有無(入居時	厉一時金)	☑ 有(30,	0 0	0)	円		無	
	有りの場 保全措	合 :置の内容								
	有の場合	が償却の有無	口有(期間:)		abla	無	
<u>食</u>	才 料	, 費	朝 夕 食 又は1日	(0 0)))) 円		食 (やつ ()円)円
			その他	の費用と	: 徴収	方法				
名	I		徴	収	方	法			金	額(円)
①理 美	容 代	家族持参・	銀行振り込	込み・引	き落と	: L			実費	
②お む	つ代		J	J					IJ	
③そ 0	り他									
• 管理費			IJ			3 0	0 円/目			
・寝具代 希望者のみ			利用者と	事業者が	直接勢	2約して	いる		7	0 円/日
•										-

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (2名)女性 (16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	要介護4(6名)要介護5(名)要支援2(名)
る場合、要支援者2の数を記載すること	年齢(平均 86歳) (最低 74歳) (最高 94歳)
利用に当たっての条件	ヨケ護認定を受けている方 ま思の診断で認知症高齢者と認められた方 家庭での生活が艱難で、おおむね身辺の自立が可能で共同生活を送ることに支障のない方
退居に当たっての条件	 グループホームでの共同生活が困難になったとき 利用料の滞納が生じたとき その他、契約記載事項に違反があったとき
開設以来の退居者数	人数 (43)人 主な理由 退居先 ・入院長期の為 (病院) ・ご家族の近辺を希望された (老健、老人ホーム等) ・ () () ・ () () ・ () () ・ () ()

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。)

	 総数	(7 名)
		(内数)・常 勤 (専任 7名) (兼務 名) ・非常勤 (名)
(ユニット	職員の1	務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。 週間の勤務延時間数 注)(時間)÷40時間=常勤換算数(名) 延時間数には、宿直時間数は含まない。
卜名)	夜間の体制	☑専任 □兼務 (兼務の施設)
		☑夜勤 (1名) ☑宿直 (1名)
	<u>管理者</u> 氏名(下原 称子)	☑専任 □兼務(兼務の施設)資格(准看護師)認知症介護の経験年数(17年10か月)
星		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 (実践リーケー研修) □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 () (
	計画作成担当者 氏名 ()	介護支援専門員資格 □有 ☑ 無 他の資格 (准看護師) 認知症介護の経験年数 (17年10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 (実践リーケー研修) □受講済 ☑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(1名) 看護師(名) その他(ヘルパー1級・2級) (4名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 2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 □未受講 (実践リーター研修) □受講済 □受講済 □受講済 □受講済 □受講済 □受講済 ・認知症介護指導者研修 □受講済 □受講済 □大受講 ・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 (1)回(理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回(理由) ③ 常勤職員の交代回数 (31)回(理由)

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。)

	総数	(7名)
((内数)・常 勤 (専任 6名) 6名) (兼務 名) 常勤換算 (6.2名)
(※ 隣員の 帯	・非常勤(1名)∫ 務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。
ユニッ	職員の1	場時間を1週間ヨたり40時間とした場合の吊動換算数。 週間の勤務延時間数 注)(時間)÷40時間=常勤換算数(名) 延時間数には、宿直時間数は含まない。
卜名)	夜間の体制	☑専任 □兼務 (兼務の施設)
		☑夜勤 (1名) ☑宿直 (1名)
	<u>管理者</u> 氏名(下原 称子)	☑専任 □兼務(兼務の施設)資格(准看護師)
		認知症介護の経験年数(17年10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 (実践リーケー研修) □受講済 ☑未受講
虹		・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
	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(9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 (実践リーケー研修) □受講済 ☑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 (名) その他 (ヘルパー1級・2級) (4名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 3年 9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 () 受講済 (名)
		(受講済者 (名)
職員	の交代状況	 ① 管理者の交代回数 (1)回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (21)回 (理由)

9) その他

協力医療機関名	ゆのもと記念病院・前原やすしクリニック・日置市立病院	
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	□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	 ☑有 □無 開催状況(2月に 1回) メンバー構成(役職等) 施設職員 2名 集落会長 1名 婦人会長 1名 民生委員 1名 日吉支所福祉課 1名 	
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	☑有 □無	
家族の面会時間の設定の有無	□有(時~ 時) ☑無	
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	□有(具体的にご記入下さい。)	
	□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。