

(調査様式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19年5月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	ふれあいホーム 花	<u>事業主体名</u>	有限会社 花
		<u>代表者名</u>	岩月 たち子
		研修の受講状況	<input 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

<p>・目的</p> <p>ふれあいホーム花は、認知症高齢者が、自らの行動でごく普通の生活を送ることができるように環境を整え、自分でできる喜びと、達成感のある暮らしが送れるように支援し、家庭的な生活空間を提供することを目的とする。</p>

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

<input type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護
--

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒899-1627 阿久根市西目6283番地2 TEL 0996-72-7171 FAX 0996-72-7172		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	国道3号線、南国バス高ノ口停留所より600m		
開設年月日	平成16年3月3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
<u>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。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨平屋) 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (1063.92) m ² 延床面積 (284.08) m ² 1室当たりの居室面積 (平均8.68 (9.8~7.9)) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(31,500) 円、共益費9,150円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>		朝 食 (200) 円 昼 食 (300) 円 夕 食 (400) 円 おやつ (100) 円 又は 1 日 () 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	当該月利用料を翌月初旬に一括請求し、翌月 20 日までに現金又は、当施設の指定する金融機関口座へ振り込みのいずれかの方法で徴収する。	実費
②お む つ 代		実費
③そ の 他		月半ばに入所退所の場合、月単位の費用は日割り計算とし、退所時は一括請求し、現金又は当施設の指定する金融機関口座への振り込みのいずれかの方法で徴収する。
・レクリエーション費		
・ベッド貸与料	月1,050円	
・医療費	支払分相当	

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9 名) (男性 (2 名) 女性 (7 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る 場合、要支援者2の数を記載 すること	要介護 1 (4 名) 要介護 2 (4 名) 要介護 3 (1 名) 要介護 4 (名) 要介護 5 (名) 要支援 2 (名)
	年齢 (平均 85.4 歳) (最低 82歳) (最高 89歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 要介護状態にあつて、共同生活を営むことに支障のない程度の認知症状態にあると認定を受けた方。 2. 介護保険の利用者負担金および、家賃等の経費を毎月指定された日までに納付できる方。
退居に当たっての条件	1. 要介護状態から、要支援又は、自立と認定された方。 2. 認知症に伴つて著しい精神状態又は著しい行動異常をもち極端な暴力行為や、自傷行為を行うおそれのある方。 3. 認知症の原因となる患者が、集中的な治療を必要とする状態のある方。 4. 介護保険の利用者負担金及び家賃等の経費が毎月指定された日までに、納付されず滞納された方。

<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (14) 人</p> <p>主な理由</p> <p>退居先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅から近いグループホームへの入居希望 (グループホーム燦々) ・ 他の施設への夫婦で入所希望 (ことぶき) ・ 娘の近い施設へ入所希望 (坂口病院) ・ 自宅から近いグループホームへ入居希望 (グループホームいこい) ・ 症状が悪化して入院 (阿久根市民病院) ・ 要介護度の変更により (回生苑) ・ 症状が安定して (自宅) ・ 症状が悪化して入院 (高尾野病院) ・ 門司に住む娘の近くの施設が空いたため (門司の特老) ・ 癌転移による終末期 (死亡退居) ・ 症状が悪化して入院 (若松記念病院) ・ 介護者である娘の体調が回復した (自宅) ・ 出水市内のグループホームが空いたため (グループホームひまわり) ・ 問題行動が頻回に見られた (中郷病院) ・ () ・ () ・ () ・ () ・ ()
------------------	--

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) ふれあいホーム花 (総数	(9 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 2 名) (兼務 名) } 常勤換算 (4,93 名) ・非常勤 (7 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) (77.25時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数 (1.93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	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
<u>管理者</u> <u>氏名 (岩月たち子)</u>	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 (看護師、1級ヘルパー、介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (15年 3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 <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 () ()	
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名 (同上)</u>	介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (看護師、1級ヘルパー) 認知症介護の経験年数 (15年 3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 ・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 (2 名) その他 (訪問介護2級) (6 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3年 2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 (1) 回 (理由) 退職のため ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 退職のため ③ 常勤職員の交代回数 (3) 回 (理由) 退職のため	

9) その他

<p><u>協力医療機関名</u></p>	<p>1. 若松記念病院 所在地：薩摩川内市神田町 1 1 - 2 0 2. 門松医院 所在地：阿久根市鶴見町 203 3. 阿久根市民病院 所在地：阿久根市赤瀬川 4 5 1 3 4. 久木田歯科 所在地：阿久根市琴平町 5 8</p>
<p>医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input type="checkbox"/>職員として配置 <input type="checkbox"/>契約 (契約先名称)</p>
<p>運営推進会議の設置状況</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 開催状況 (2ヶ月に1回) メンバー構成 (役職等) 池田 悦子 (入居者の家族) 西田 己之助 (市議会議員) 梶 幸三 (地区公民会長) 西田 明 (地区民生委員) 西田 庄五郎 (地区老人会長) 西田 一治 (社会福祉協議会会長) 西田 幸作 (市町村職員) 飛松 勇三 (地域住民代表) 西田 修平 (地域住民代表)</p>
<p>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。)</p>	
<p>入居者家族会等の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
<p>家族の面会時間の設定の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 (8時～ 21時) <input type="checkbox"/>無</p>
<p>介護相談員^{注)}等の受入状況</p>	<p><input type="checkbox"/>有 (具体的にご記入下さい。) <input type="checkbox"/>無</p>
<p>直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)</p>	<p>平成 年 月 日</p>

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。