

(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 8月 1日現在)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	賀寿園グループホーム 愛	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 隆愛会
		<u>代表者名</u>	管理者 大峯洋子
		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

(目的)	現在の高齢社会の中で認知症等によって家庭での生活や介護が困難な高齢者に対して、安心して生活できる場所を提供し、また、少人数で家庭的な雰囲気の中で家事や日常生活など、慣れ親しんだ活動を行うことによって認知症など障害の症状の緩和や進行防止に努めることを目的とする
(運営の方針)	認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で、その人らしく生活できるように次のような理念でケアします。 1. 慣れ親しんだ日常の生活様式が守られる生活とケアを提供します。 2. 少人数でひとりひとりの個性を重視した生活とケアを提供します。 3. 家庭的で豊かな人間関係を保ち支えあえる生活とケアを提供します。 4. 日常生活のなかで役割を持ち、その人のもてる力を発揮できる生活とケアを提供します。 5. 家族や地域住民、地域社会とのかかわりのある生活とケアを提供します。

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る事業及び加算

<input checked="" 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 checked="" 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>	(〒899-7104) 鹿児島県志布志市志布志町安楽2814番地 TEL 099-473-8186 FAX 099-473-8189		
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通「水源地前」バス停 距離1km 徒歩10分		
開設年月日	平成16年4月15日	<u>ユニット数と利用定員</u>	(2)ユニット 利用定員(18)人
<u>事業所の併設施設</u> (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)			

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 平家建 1 棟) 造り(階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積(2, 246) m ² 延床面積(616) m ² 1室あたりの居室面積(9. 81) 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>	(1日 800 円) (月 24, 000 円～24, 800 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 type="checkbox"/> 有()円 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>	朝 食()円 昼 食()円 夕 食()円 おやつ()円 又は1日(800)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	その都度、利用者又は家族が支払い	実 費
②おむつ代	同上	実 費
③光熱水費	家賃に含まれる	
④その他		

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 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(9名)〔男性(2名) 女性(7名)〕</p> <hr/> <p>要介護1(1名) 要介護2(1名) 要介護3(6名) 要介護4(1名) 要介護5(0名) 要支援2(0名)</p> <hr/> <p>年齢(平均 84.5歳)〔最低(76歳) 最高(91歳)〕</p>
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<p>① 利用者が要介護認定において要介護と認定された認知症の状態の場合</p> <p>② 当施設において定期的に実施される入所継続検討会議において、共同生活を送ることに支障のない方で著しい暴力行為(自傷他害行為)がないと判断された場合</p> <p>③ 利用者の病状、心身状態等が急性の状態でなく、当施設での適切な介護保険サービスの提供を受けるに支障がない場合</p>
<p>退居に当たっての条件</p>	<p>① 利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合</p> <p>② 当施設において定期的に実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合</p> <p>③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険サービスの提供を超えると判断された場合</p> <p>④ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を1ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合</p> <p>⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合</p> <p>⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合</p>
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数(2)人</p> <p>主な理由 ・介護度変更のため (要介護度から要支援1へ介護度に変更)</p> <p>退居先 (自宅, 生活支援ハウス)</p>

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 (ユニット2)	総数	(7名)
		(内数)・常勤(専任 7名) (兼務 0名) } 常勤換算(7名) ・非常勤(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) (時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(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 checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
<u>管理者</u> <u>氏名</u> (大峯洋子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員, 看護師) 認知症介護の経験年数(14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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" 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 checked="" 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 (介護支援専門員研修会)	
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名</u> (田平真由美)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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(10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) <input checked="" 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 checked="" 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(0名) その他(ヘルパー2級)(5名) 介護支援専門員(1名) 認知症高齢者のケアの経験年数(5年 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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)	
職員の交代状況	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)	

9)その他

<u>協力医療機関名</u>	手塚クリニック 横山歯科医院
医療連携体制実施の状況 (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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 開催状況(月に 回) メンバー構成(役職等)
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 具体的に記入してください。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(8時～ 20時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。) 介護相談員から相談の連絡があれば、いつでも、受け入れる ことができます。 <input type="checkbox"/> 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 号厚生労働省老建局計画課長通知)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」には旧基礎過程を、「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。