

(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 1 9 年 7 月 2 0 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームやくしま	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人愛心会
		<u>代表者名</u>	徳田 秀子
		研修の受講状況	受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input checked="" type="checkbox"/>
		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

利用者に対して家庭的な環境のしたで、日常生活における援助を行なう事により認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ利用者が精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるように支援する。

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
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

<u>所在地及び連絡先</u>	〒 8 9 1 - 4 4 0 3 鹿児島県熊毛郡屋久町原字馬石ノ下 9 1 4 - 2 3 T E L 0 9 9 7 - 4 7 - 2 0 1 0 F A X 上同		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	屋久島交通原入り口バス停前		
開設年月日	平成 1 6 年 4 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
<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 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 (1,353,40) m ² 1 室当たりの居室面積 () m ²	延床面積 (299,82) 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>		(20,000) 円	
敷金		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (60,000) 円	無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		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	有 (期間 :)	無
<u>食材料費</u>		朝食 (180) 円	昼食 (250) 円
		夕食 (290) 円	おやつ (50) 円
		又は1日 (770) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>			
名目	徴収方法		金額(円)
理美容代	美容師がボランティア、又家族と本人の希望で職員		無料
おむつ代	家族、ホームで購入(預かり金等)		実費
その他	日常生活用品、医療費等		実費
.			
.			
.			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9名) (男性 (0名) 女性 (9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 (5名) 要介護2 (3名) 要介護3 (0名) 要介護4 (1名) 要介護5 (0名) 要支援2 (0名)
	年齢 (平均 86,9 歳) (最低 72 歳) (最高 98 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 概ね65歳以上要支援2以上の認知症高齢者。2. 概ね身辺自立ができており共同生活が可能な方。費用負担、緊急時の為保証人1名以上
退居に当たっての条件	症状が悪化して、集団生活に耐えられないと判断されたとき、要介護認定において要支援になった時。三ヶ月経過する場合、他の施設移転、契約解除等
開設以来の退居者数	人数 (6) 人 主な理由 ・症状悪化で治療必要 ・他の施設に移転 ・ ・ ・ 退居先 (屋久島徳洲会病) (知的障害施設) (介護福祉施設) () ()

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。)

(名) (ユニット)	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任1名) (兼務1名) 常勤換算(8、3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)(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 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1名) 宿直(0名)
	管理者 氏名()	専任 兼務(兼務の施設) 資格() 認知症介護の経験年数(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 (実践リーダー研修) 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(岩川成功)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格(介護福祉士。社会福祉主事) 認知症介護の経験年数(19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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 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(名) 看護師(1 名) その他(ペルーパー1~2級) (3名) 認知症高齢者のケアの経験年数(1~20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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 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) () 受講済者(名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 ()回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 (2)回 (理由)移動の為 常勤職員の交代回数 (1)回 (理由)施設設立で退社	

9) その他

協力医療機関名	屋久島徳洲会病院
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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 開催状況(検討中月に 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 事業名等具体的にご記入下 さい。)	
入居者家族会等の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(9時～20時) 無 <input type="checkbox"/>
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。)随時訪問での受け入れ、職員 利用者との会話等
	無 <input type="checkbox"/>
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18年 3月16日

g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。