

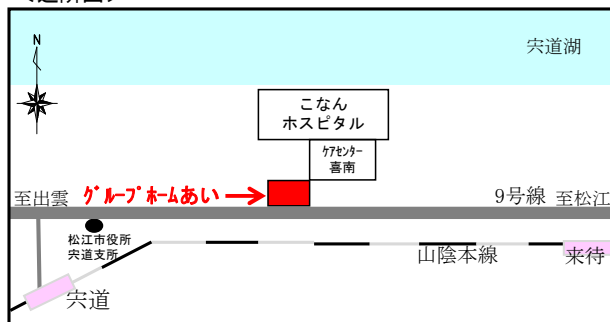
認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報

(平成20年10月22日 現在)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホームあい	所在地	〒699-0402 島根県松江市宍道町130-6
開設年月日	平成17年3月28日	事業主体	医療法人 同仁会
管理者	福田 武志	代表者	櫻井 照久
電話番号	0852-66-3601	ユニット数と利用定員	1 ユニット 利用定員 9 人
FAX番号	0852-66-3803	事業所の併設施設	こなんホスピタル 介護老人保健施設 喜南
協力医療機関名	こなんホスピタル・深田歯科医院		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR宍道駅より車で5分		

<近隣図>



<建物の概観>



2) 事業の目的及び運営の方針

事業所は比較的安定状態にある認知症の要介護者を共同生活の中で、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や、機能訓練を提供することにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るように支援する事を目的とする。事業所では介護計画に基づいて家庭的な雰囲気の中でプログラムを立て利用者の心身機能の回復を図り、レク、行事、園芸、花作り等の活動を行う。

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) 建物の概要

建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (2階建ての グループホーム2階部分)
広さ等	敷地面積(449.98)㎡ 延床面積(380.30)㎡ 1室当たりの居室面積(12.00)㎡
2人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃	(51,000)円	
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 有(100,000)円	<input type="checkbox"/> 無
保証金の有無(入居時一時金)	<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 type="checkbox"/> 無
食材料費	朝食()円 昼食()円 夕食()円 おやつ()円 又は1日(1,650)円	
その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額(円)
①理美容代	利用内容に応じて請求、毎月の利用料とともに支払う	実費
②おむつ代	利用内容に応じて請求、毎月の利用料とともに支払う	実費
③その他	水道光熱費は毎月の利用料とともに支払う	月額 18,000円
・		
・		

6) 利用者の概要

現在の利用者の状態 ※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	利用人数(9名)(男性(2名)女性(7名)) 要介護1(6名) 要介護2(2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83歳)(最低67歳)(最高96歳)
利用に当たっての条件	認知症があり要支援2又は要介護1～5の認定を受けている方、常時医療機関において治療をする必要が無いこと。共同生活に支障がなく自傷他害のない方。
退居に当たっての条件	利用者が病氣治療等その他長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先が可能になった時、正当な理由なく利用料金等支払うべき費用を2ヶ月滞納した場合。
開設以来の退居者数	人数 (7) 人 主な理由 退居先 ・在宅復帰 (自宅) ・入院の為 (病院) ・ () ・ () ・ ()

7)-1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	9 (内数) ・常勤 (専任 8名) (兼務 1名) } 常勤換算 (8.5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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1名) □宿直(名)
管理者 氏名(福田 武志)	□専任 ■兼務(兼務の施設 デイサービス 喜南居宅介護支援事業所) 資格(介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数(15年 6ヶ月) 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 (施設ケアプラン研修会) (全国グループホーム大会)
計画作成担当者 氏名(高木 由梨)	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(社会福祉士・介護福祉士) 認知症介護の経験年数(10年 6ヶ月) ・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 ・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(3名) 介護支援専門員(名) その他(ヘルパー2級)(4名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 年 ヶ月) ・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) 異動 2回 ② 計画作成担当者の交代回数 (4) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (7) 回 (理由) 異動 6回、退職 1回

8)その他

医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称　こなんホスピタル　)
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ヶ月 に 1回) メンバー構成 (役職等) 市職員 地域包括支援センター 民生委員 利用者家族 管理者 職員
入居者の家族会等 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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日	平成　19年　10月　25日
特に力を入れている点 アピールしたい点	利用者と一緒に食事の盛り付け、後片付け等、利用者に応じて関わりをもっていただいている。強制ではなく希望者だけで、毎日、介護予防体操、嚥下体操を実施したり、併設施設のリハビリ器具の活用や日常的な散歩、外出などし身体機能が維持できるように努めている。併設の医療機関とも十分に連携を図り、健康管理、緊急時の対応ができるようにしています。地域の行事、併設施設の合同行事や定期的な外出、外食などに出かけています。また、個別での外出や買い物等も行い、一人一人の生活に沿った働きかけも行っています。利用者、家族が安心して生活でき、満足できる一日が過ごせるように職員一同、日々取り組んでいます。