

(様式3)

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21年1月11日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム和田	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人依田窪福祉会
		<u>代表者名</u>	羽田 健一郎
		研修の受講状況	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

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。法人の理念である「地域のかたがたの安心・安全な自立生活の支援」をもとに、「利用者ひとりひとりの生きる力を引き出す支援をする」ことを目指し、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。また、適切な介護技術を持ってサービスを提供し、常にサービスの管理、評価を行う。

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) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒386-0701 長野県小県郡長和町和田1550-2 T E L 0268-88-0088 F A X 0268-88-0088		
交通の便(最寄りの交通機関等)	しなの鉄道 大屋駅より車で40分		
開設年月日	平成17年4月1日	<u>ユニット数</u>	( 1 )ユニット 利用定員( 8 )人
		<u>と利用定員</u>	
<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

建 物 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建 物 構 造	( 木造一部RC )造り ( 2階建ての 1・2 階部分)
広 さ	敷地面積(448.28)㎡ 延床面積(232.77)㎡ 1室当たりの居室面積(9.94~17.00)㎡
二人部屋の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

6) 利用料等(入居者の負担額)

家 賃(月額)	( 28,000~32,000 )円	
敷 金	有( )円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
保証金の有無(入居時一時金)	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
食 材 料 費	朝 食( )円 昼 食( )円 夕 食( )円 おやつ( )円 又は1日( 1,000 )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	理髪店等にて直接窓口支払いまたは口座引き落とし	実費
お む つ 代	販売店等で直接窓口支払いまたは口座引き落とし	実費
そ の 他		
・受診等の医療費	直接窓口支払いまたは口座引き落とし	実費
・薬代	直接窓口支払いまたは口座引き落とし	実費
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数( 8名) (男性( 0名)女性( 8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( 1名) 要介護2( 2名) 要介護3( 2名) 要介護4( 2名) 要介護5( 1名) 要支援2( 名)
	年齢(平均 82,1歳) (最低 72歳) (最高 92歳)
利用に当たっての条件	要介護1以上の被認定者であり、且つ認知症の状態にあること。 少人数による共同生活を営むことに支障が無いこと 自傷、他害の 恐れが無いこと。 常時医療機関での治療の必要が無いこと

<p>退居に当たっての条件</p>	<p>利用者が病気などの治療等で長期的に当該事業所を離れることが決まり、且つその移転先の受け入れが可能になったとき。利用者が明らかに認知症の症状が改善され、居宅での生活が可能になったとき。正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納したとき。利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないと事業者が判断したとき。事業者は利用者が退去するにあたり、十分な話し合いの機会を設けることとする。</p>																		
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 ( 5 )人</p> <table border="0"> <tr> <td>主な理由</td> <td></td> <td>退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 死去(ホームで看取り)</td> <td>(</td> <td>自宅 )</td> </tr> <tr> <td>・ 自宅に戻り死去</td> <td>(</td> <td>自宅 )</td> </tr> <tr> <td>・ 入院</td> <td>(</td> <td>病院 )</td> </tr> <tr> <td>・ 他施設へ転居</td> <td>(</td> <td>特養 )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>(</td> <td>)</td> </tr> </table>	主な理由		退居先	・ 死去(ホームで看取り)	(	自宅 )	・ 自宅に戻り死去	(	自宅 )	・ 入院	(	病院 )	・ 他施設へ転居	(	特養 )	・	(	)
主な理由		退居先																	
・ 死去(ホームで看取り)	(	自宅 )																	
・ 自宅に戻り死去	(	自宅 )																	
・ 入院	(	病院 )																	
・ 他施設へ転居	(	特養 )																	
・	(	)																	

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。)

D 3 D 3 Y E T : D 4 # C L E J N L S E -	総数	( 8 名 )
		(内数)・常勤(専任 6名) (兼務 1名) } 常勤換算(7, 5名) ・非常勤( 1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)(300時間)÷40時間=常勤換算数(7, 5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( 名)
	<u>管理者</u> 氏名( 杉浦 剛 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 ) 資格( 社会福祉士、介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数( 10年 8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 ・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 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> 氏名( 杉浦 剛 )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格( 社会福祉士 ) 認知症介護の経験年数( 10年 8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( 3名) 看護師( 名) その他( ヘルパー2級 ) ( 2名) 認知症高齢者のケアの経験年数( 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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)	
職員員の交代状況	管理者の交代回数 ( 0 )回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ( 0 )回 (理由) 常勤職員員の交代回数 ( 1 )回 (理由)異動のため	

9) その他

協力医療機関名	国保依田窪病院・依田窪病院附属和田診療所・長和町和田歯科診療所
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約(契約先名称 訪問看護ステーションよだくぼ )
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有                    無 開催状況( 概ね2月に 1回 ) メンバー構成(役職等) 家族会代表、区長、民生委員、役場福祉担当職員
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有                    無
家族の面会時間の設定の有無	有(        時~        時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。平成20年度より概ね2ヶ月に 1回
	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)

- 「        」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。