

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2日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム あいら	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 恵仁会
		<u>代表者名</u>	池田 志保子
		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 ( 内村 礼子 ) 役職 ( 管理者 )

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者が家庭的雰囲気の中で精神的に安定した生活と可能な限り自立した尊厳ある生活が送ら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
- 短期利用型共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒893-1101 鹿児島県鹿屋市吾平町5324-2 T E L 0994-58-5539 F A X 0994-58-5577		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	昭和・平成15年7月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	2ユニット 利用定員 18名
<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 ) 造り ( 1 階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 2990 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 529.15 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 11.27 ) m <sup>2</sup>
<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>		( 18,900 ) 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 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	実費	
②おむつ代	実費	
③その他		
・ 受診代	実費	
・ 薬代	実費	
・ 日用品	実費	

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 17名 ) (男性 ( 2名 ) 女性 ( 15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 ( 3名 ) 要介護2 ( 7名 ) 要介護3 ( 5名 ) 要介護4 ( 2名 ) 要介護5 ( 名 ) 要支援2 ( 名 )
	年齢 (平均 83.3 歳) (最低 74 歳) (最高 94 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定で要支援2以上と判定された方</li> <li>・主治医の診断書にて認知症の状態にある</li> <li>・概ね身のことができ、共同生活が可能な方</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が要支援1又は自立と認定された場合</li> <li>・施設に入所、又は病院へ入院となった場合</li> <li>・利用料を2ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合</li> </ul>
開設以来の退居者数	人数 ( 18 ) 人 主な理由 <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請の順番により ( 退居先 )</li> <li>・病状の悪化 ( 特養 )</li> <li>・家族の希望 ( 入院 )</li> <li>( 自宅 )</li> </ul>





9) その他

協力医療機関名	・ 医療法人 青仁会 池田病院 ・ 医療法人 誠心会 入佐内科
医療連携体制の状況 (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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 ( 2月に 1回) メンバー構成 (役職等)  町内会長 (1名) 老人会長 (1名) 民生委員 (1名) 家族代表 (2名) 利用者代表 (2名) 職員 (4名) 理事長 施設長 副施設長 市町村職員
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 <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 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<input checked="" 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。