

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05月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームコスモス	<u>事業主体名</u>	(有) ケアサービス研究所
		<u>代表者名</u>	柳川 ケイ子
		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

本事業は、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

- 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>	〒899-5544 鹿児島県始良郡始良町大山字小坂元69番 TEL 0995-67-8280 FAX 0995-67-8299		
交通の便（最寄りの交通機関等）	JR帖佐駅から車で約十分		
開設年月日	平成14年09月26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>	なし		

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 (6 4 8) m ² 延床面積 (2 3 1.65) m ² 1室当たりの居室面積 (9.93) 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>		(24000) 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 (866) 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 理美容師へ支払う	実費
②おむつ代	月初めに予定数を立替購入し全てを渡す。翌月の個人負担請求時に立替金を請求する。	実費
③その他	利用契約に基づいて家賃、食費とともに徴収	1日あたり500円
・		
・		

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 (1名) 要介護2 (5名) 要介護3 (3名) 要介護4 (名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 83.3歳) (最低 78歳) (最高94歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	介護度が1以上の被認定者であり、かつ認知症状態にあること。 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 自傷他害の恐れがないこと。常時医療機関において治療する必要がないこと。
退居に当たっての条件	介護認定結果が要支援になった場合。利用期間が満了になった場合、利用料等の滞納があり、予告期間が満了した場合。他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、通常の介護では、これを防止できない場合。
開設以来の退居者数	人数 (21) 人 主な理由 退居先 ・高齢者住宅へ (高齢者住宅コスモス) ・病院入院へ (青雲病院) ・ ()

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)	総数	(13名)
		(内数)・常勤(専任 1名) (兼務 1名) } 常勤換算(5.1名) ・非常勤(11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)(204時間)÷40時間=常勤換算数(5.1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(矢元カヤ子)	■専任 □兼務(兼務の施設) 資格(看護師) 認知症介護の経験年数(12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) ■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 (OTA作業療法アセスメント) (リスクマネジメント)
計画作成担当者 氏名()	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(看護師) 認知症介護の経験年数(12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) ■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 (人間関係) (老人看護(介護))	
その他の職員	資格 介護福祉士(1名) 看護師(3名) その他(2級ヘルパー等) (10名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 4年3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 (口腔ケア) 受講済者(2名) (脳活性化療法) 受講済者(2名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1)回 (理由) 人事異動 ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由) 人事異動 ③ 常勤職員の交代回数 ()回 (理由) 人事異動、転職等	

9) その他

協力医療機関名	青雲病院、久永医院、徳重医院、橋村歯科
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か月に1回) メンバー構成 (役職等) 1 利用者の家族の代表 2 校区社会福祉協議会会長 3 大山区長 4 地区老人会代表 5 自治会長 (大山東、大山西) 6 地区民生委員代表 7 始良町在宅支援センター (3カ所) 8 始良町社会福祉協議会職員 9 始良町福祉課職員
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 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 18年 07月 12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。