

(別紙1)

認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成19年4月1日)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホームるーぴんのさと 大崎	事業主体名	社会福祉法人 福寿会	
		代表者名	理事長 福留逸雄	
		研修の受講状況	受講済	未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名(福留利郎))
		役職(管理者))	

2) 事業の目的及び運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護「グループホームるーぴんのさと 大崎」の事業は、認知症症状を有する要介護利用者が、共同生活住居においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、家庭環境の中で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の維持並びに利用者家族の精神的身体的負担の軽減を図る。又、利用者の意志及び人権を尊重すると共に、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。

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

所在地及び連絡先	〒899-7306 鹿児島県曽於郡大崎町永吉字松ヶ迫6031番地 TEL0994-71-7390 FAX0994-71-7391		
交通の便(最寄りの交通機関等)	鹿児島交通永吉バス停より徒歩10分		
開設年月日	昭和・平成15年11月1日	ユニット数 と利用定員	(1)ユニット 利用定員(9)人
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。)	無し		

5) 建物の概要

建 物 形 態	単独型	併設型
建 物 構 造	(鉄骨)造り	(平屋階建ての 1 階部分)
広 さ	敷地面積 (2776.00)m ² 延床面積 (375.81)m ² 1室当たりの居室面積 (12.68)m ² 別紙1-1(再掲)へ記入有	
二人部屋の有無	有	無

6) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	(21,000)円(30日計算)	
敷金	有()円	無
保証金の有無(入居時一時金)	有()円	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 (220)円 昼 食 (280)円 夕 食 (280)円 おやつ (昼食含む)円 又は1日()円	
その他の費用と徴収方法		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
理 美 容 代	実費相当額	
お む つ 代	無し	
光 熱 水 費	(一日300円×30日)	9,000円
そ の 他	運営規程の通り	
・		
・		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>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</p>	<p>利用人数 (9名) (男性 (名)女性 (9名))</p> <p>要介護1 (3名) 要介護2 (2名) 要介護3 (3名) 要介護4 (1名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)</p> <p>年齢 (平均 89歳) (最低 87歳) (最高 94歳)</p>												
<p>利用に当たっての条件</p>	<p>運営規程に定める</p>												
<p>退居に当たっての条件</p>	<p>運営規程に定める</p>												
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (10)人</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">主な理由</th> <th style="text-align: right;">退居先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・医療処置必要の為</td> <td style="text-align: right;">(医療機関)</td> </tr> <tr> <td>・重度化の為</td> <td style="text-align: right;">(介護老人福祉施設)</td> </tr> <tr> <td>・居住地の入所の為</td> <td style="text-align: right;">(グループホーム)</td> </tr> <tr> <td>・死亡</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> </tbody> </table>	主な理由	退居先	・医療処置必要の為	(医療機関)	・重度化の為	(介護老人福祉施設)	・居住地の入所の為	(グループホーム)	・死亡	()	・	()
主な理由	退居先												
・医療処置必要の為	(医療機関)												
・重度化の為	(介護老人福祉施設)												
・居住地の入所の為	(グループホーム)												
・死亡	()												
・	()												

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。)

<p>総 数</p>	<p>(8名)</p> <p>(内数)・常 勤(専任 8名) (兼務 1名) 常勤換算(8名) ・非常勤(1名)</p> <p>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。</p>
<p>夜 間 の 体 制</p>	<p>専任 兼務(兼務の施設)</p> <p>夜勤(1名) 宿直(名)</p>
<p>管 理 者 氏名(福留利郎)</p>	<p>専任 兼務(兼務の施設)</p> <p>資格(社会福祉主事・介護福祉士)</p> <p>認知症介護の経験年数(12年 か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ()()
<p>計 画 作 成 担 当 者 氏名(福留利郎)</p>	<p>介護支援専門員資格 有 無</p> <p>他の資格(社会福祉主事・介護福祉士)</p> <p>認知症介護の経験年数(12年 か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダ研修) 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ()() <p>別紙1-1(再掲)へ記入有</p>
<p>そ の 他 の 職 員</p>	<p>資格 介護福祉士(3名) 看護師(名)</p> <p>その他() (名)</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数(年 か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>別紙1-1(再掲)へ記入有</p>
<p>職 員 の 交 代 状 況</p>	<p>管理者の交代回数 ()回</p> <p>(理由)</p> <p>計画作成担当者の交代回数 ()回</p> <p>(理由)介護支援課専門員配置基準の為</p> <p>常勤職員の交代回数 (5)回</p> <p>(理由)退職や新規事業開設の為</p>

9) その他

協 力 医 療 機 関 名	坂元内科クリニック・上床歯科医院 介護老人保健施設 サンセリテのがた
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	職員として配置 契約(契約先名称) <u>別紙1-1(再掲)へ記入有</u>
運営推進会議の設置状況	有 無 開催状況(2ヶ月に 1回) メンバー構成(役職等) 介護老人福祉施設・施設長・副施設長・事務長 グループホーム管理者・主任 町福祉課 地域包括センター 利用者家族 地域住民代表 <u>別紙1-1(再掲)へ記入有</u>
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 無
家族の面会時間の設定の有無	有(時~ 時) 無
介護相談員注)等の受入状況	有(具体的にご記入下さい。) 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成18年 8 月 31 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。

別紙 1 - 1 (再掲)

(認知症高齢者グループホームに係る情報提供票の補足として使用してください。)

<p>5) 建物の概要 広 さ</p>	<p>1 室当たりの居室面積 (16.68) m² 最小値 (12.065) m² 最大値 (13.87) m²</p>
<p>8) 職員の概要 計画作成者 (介護支援専門員の場合)</p>	<p>勤務形態 常 勤 非常勤</p>
<p>その 他 の 職 員 の 研修受講状況</p>	<p>認知症介護に関する研修の今年度受講者数 (見込みの者を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講者 (0 名) (実践リーダー研修) 受講者 (名) ・ 認知症介護指導者研修 受講者 (名) ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講者 (名) ・ 認知症対応型サービス管理者研修 受講者 (名) <p style="text-align: right;">計 (0 名)</p>
<p>9) その他 医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p>職員として配置 (契約により確保する場合も含む)</p> <p>看護師</p> <p style="padding-left: 40px;">常 勤 (名)</p> <p style="padding-left: 40px;">非常勤 (名)</p> <p>准看護師</p> <p style="padding-left: 40px;">常 勤 (1 名)</p> <p style="padding-left: 40px;">非常勤 (名)</p> <p>契約により確保している場合</p> <p>契約先</p> <p style="padding-left: 40px;">訪問看護ステーション</p> <p style="padding-left: 40px;">病院・診療所</p> <p style="padding-left: 40px;">その他</p> <p>包括払い</p> <p style="padding-left: 40px;">1ヶ月の総額での支払いとしている場合</p> <p>利用実績による出来高払い</p> <p style="padding-left: 40px;">1ヶ月の出来高払いでの支払いとしている場合</p>

	<p>兼務している職種</p> <p>管理者</p> <p>計画作成担当者</p> <p>介護支援専門員</p> <p>介護従事者</p> <p>介護職員とは別の勤務体制を取っている職員 (名)</p> <p>【看護師・准看護師が介護職員とは、別の勤務体制を取っている場合は、その数を入力してください。】</p>
<p>運営推進会議の設置状況</p>	<p>開催回数 (5回)</p> <p>【平成18年4月1日から平成19年3月31日までの間の開催回数を記入して下さい。】</p> <p>市町村職員や地域包括支援センター職員の出席について</p> <p>出席したことがある</p> <p>出席したことがない</p>

