

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4月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム南の家族	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 橋友会
		<u>代表者名</u>	橋口 伸夫
		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( ) 役職( )

2) 事業の目的及び運営の方針

指定認知対応型共同生活介護「グループホーム南の家族」の事業は、認知症状を有するよう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様に、家庭環境のなかで入浴、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。また、利用者の意思及び人権を尊重するとともに、常に利用者の立場に立ったサービスの提供をおこなう。

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  
短期利用型共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>		〒899-7103 鹿児島県志布志市志布志町志布志2丁目27番18号 TEL 099-472-8485 FAX 099-473-0808	
交通の便(最寄りの交通機関等)		JR志布志駅より歩いて7分	
開設年月日	平成15年8月11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)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>		経費老人ホーム ケアハウスぬくもり	

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	単独型	併設型
<u>建物構造</u>	(鉄筋コンクリート)造り	(4階建ての1階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積(2074.20)m <sup>2</sup> 延床面積(508.475)m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積(11.56)m <sup>2</sup>	
<u>二人部屋の有無</u>	有	無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		( 1 , 2 0 0 ) 円	
敷金	有 ( ) 円	無	
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		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
<u>食材料費</u>		朝食 ( ) 円 夕食 ( ) 円 又は1日 ( 8 0 0 ) 円	昼食 ( ) 円 おやつ ( ) 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	自己支出(便宜供与)		実費
おむつ代	自己支出(便宜供与)		実費
その他	自己支出(買い物同行)		実費
・			
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 1 8 名 ) ( 男性 ( 1 名 ) 女性 ( 1 7 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 ( 7 名 )	要介護2 ( 6 名 )	要介護3 ( 4 名 )
	要介護4 ( 1 名 )	要介護5 ( 名 )	要支援2 ( 名 )
	年齢 ( 平均 8 4 . 5 歳 ) ( 最低 7 6 歳 ) ( 最高 9 4 歳 )		
<u>利用に当たっての条件</u>	別添運営規定に定める		
退居に当たっての条件	別添運営規定に定める		
開設以来の退居者数	人数 ( 3 5 ) 人		
	主な理由	退居先	
	・体調不良	( 病院 )	
	・家族の希望	( 老健 )	
	・	( 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。)

東 館	総数	( 8 名 )
		(内数)・常勤(専任 5名) (兼務 名) 常勤換算(6.93名) ・非常勤( 3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)(77.25時間)÷40時間=常勤換算数(1.93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)
	<u>管理者</u> <u>氏名(久保田久子)</u>	専任 兼務(兼務の施設 ) 資格( 介護福祉士・介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数( 4年 7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 ( 介護支援専門員研修会 )
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名(久保田久子)</u>	介護支援専門員資格 有 無 他の資格( 介護福祉士・介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数( 4年 7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 ( 介護支援専門員研修会 )	
その他の職員	資格 介護福祉士( 名) 看護師( 1名) その他( ヘルパー ) ( 6 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) 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 ( 防災管理者研修 ) 受講済者( 1 名) ( ) 受講済者( 名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 ( 1 )回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ( 0 )回 (理由) 常勤職員の交代回数 ( 1 )回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	藤後クリニック、春日歯科医院、介護老人保健施設つわぶき
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	職員として配置 契約(契約先名称 )
運営推進会議の設置状況	有 無 開催状況( 2月に 1回 ) メンバー構成(役職等) ・ 地域住民 ・ 家族代表 ・ 民生委員 ・ 包括支援センター職員
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	有 無
家族の面会時間の設定の有無	有( 時~ 時) 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 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 10月 16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13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。