

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3月28日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム ゆうきの里	<u>事業主体名</u>	鹿屋介護サービスセンター
		<u>代表者名</u>	米光通子
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名(米光通子) 役職(施設長)

2) 事業の目的及び運営の方針

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共に、利用者及びその家族のニーズを的確に、個別に介護計画を作成し、利用者が必要とする適切な内容及び提供方法について解りやすく説明する。

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>	〒893-0026 鹿児島県鹿屋市菟川町5204-3 TEL 0994-40-3151 FAX 0994-40-3157		
交通の便(最寄りの交通機関等)	鹿児島交通		
開設年月日	昭和・ 平成 13年10月1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>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 併設型
<u>建物構造</u>	(木造モルタル)造り (1階建ての1階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積(1320)㎡ 延床面積(478,32)㎡ 1室当たりの居室面積(11,13)㎡
<u>二人部屋の有無</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(27,000)円	
敷金	有 ()円	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		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
<u>食材料費</u>		朝食 ()円 夕食 ()円 又は1日 (800)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	その都度、現金による支払い		実費負担
おむつ代	その都度、現金による支払い		実費負担
その他			
・光熱費	日割りで請求		1日300円
・病院受診	その都度、現金による支払い		実費負担
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9名) (男性 (3名) 女性 (6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 (1名) 要介護3 (6名) 要介護4 ()名 要介護5 (1名) 要支援2 ()名
	年齢 (平均79,75歳) (最低76歳) (最高88歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	65歳以上で認知症があり、要支援2以上の方 診断書により認知症状態にある方 家庭での介護が困難な方 概ね自立ができて共同生活を送ることに支障のない方
退居に当たっての条件	介護認定において自立若しくは要支援1と認定された場合 利用料金の支払いを正当な理由なく ヶ月以上滞納された場合4医療を必要とし入院となった場合
開設以来の退居者数	人数 (17人) 主な理由 ・特老 3人 ・入院 10人 ・養護老人ホーム1人 ・他のグループホーム 3人 ・ 退居先 (滋恵園、朋愛園) (池田HP、小倉HP) ((上野、いきいき、ふれあい) ()

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。)

() () () () ()	総数	(8 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 5名) (兼務 1名) } 常勤換算 (6名) ・非常勤 (2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)(268時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(6、7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) 夜勤 (1名) 宿直 (名)
	<u>管理者</u> <u>氏名 (前原律子)</u>	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格准看護師、介護支援専門員、 \wedge Ⅱ ⁺ -1級 認知症介護の経験年数 (12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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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> <u>氏名 (前原律子)</u>	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格 () 認知症介護の経験年数 (12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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員の基礎課程) ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (1名) 看護師 (4名) その他 (\wedge Ⅱ ⁺ -) (3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) <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)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (4) 回 (理由) 他の施設へ 計画作成担当者の交代回数 (3) 回 (理由) 体調不良 常勤職員の交代回数 (5) 回 (理由) 結婚、他の施設へ、家庭の事情他	

9) その他

協力医療機関名	池田病院、おばま病院、大隅鹿屋病院辻端歯科
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無 開催状況(2月に 1回) メンバー構成(役職等) 町内会長 民生員 消防団長 鹿屋市職員 利用者 利用者家族
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 ^{注)} 等の受入状況	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 4月 18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。