

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1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム きらら	<u>事業主体名</u>	医療法人 おさしお会
		<u>代表者名</u>	長崎 潮
		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 (長崎 春代) 役職 (理事)

2) 事業の目的及び運営の方針

<p>【事業所の目的】</p> <p>医療法人おさしお会が開設する指定認知症対応型共同生活介護事業所が行なう指定認知症対応型共同生活事業所の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>【運営方針】</p> <p>事業は要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者が、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援助を行なうものとする。事業の運営に当たっては地域との結びつきを重視し鹿屋市及び他の居宅サービス事業者その他の保健医療、福祉サービスを提供する事業者との連携に努めるものとする。</p>

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

<input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 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>	〒893-1103 鹿屋市吾平町麓3766番地1 TEL 0994-58-5858 FAX 0994-58-5501		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	平成 12年 4月 1日 (きららⅠ) 平成 14年12月 1日 (きららⅡ)	<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>			

5) 建物の概要 (きららⅠ)

<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>	(平屋) 造り (1 階建ての 1 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (1, 3 5 3) m ² 延床面積 (3 0 3 . 2 4) m ² 1室当たりの居室面積 (1 2 . 5 1) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 建物の概要 (きららⅡ)

<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>	(平屋) 造り (1 階建ての 1 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (1, 3 5 3) m ² 延床面積 (2 1 5 . 1 0) m ² 1室当たりの居室面積 (9 . 0 0) 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>	きららⅠ (24,000) 円 きららⅡ (21,000) 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 (7 8 0) 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	月利用料と同時徴収	2, 0 0 0 円
②お む つ 代	月利用料と同時徴収	
③そ の 他	月利用料と同時徴収	1 日 2 0 0 円
・		
・		
・		

7) 利用者の概要 (きらら I)

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 (6名) 要介護2 (2名) 要介護3 (1名) 要介護4 (0名) 要介護5 (0名) 要支援2 (0名)												
	年齢 (平均 86.7歳) (最低 74歳) (最高 101歳)												
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・常時、医療機関において治療の必要がないこと ・要支援2、要介護1～5と認定された認知症高齢者 ・少人数による共同生活を営むに支障がないこと ・自傷、他害の恐れがないこと ・重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること 												
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自立又要支援1と認定された時 ・利用者の志望 ・利用者が医学的治療を要する状態になり医療機関の受け入れが 決まった場合 ・都合によりグループホームを長期に離れる場合 												
開設以来の退居者数	人数 (48) 人 主な理由 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 転倒による骨折による入院</td> <td style="text-align: right;">(医療機関)</td> </tr> <tr> <td>・ 経済的理由</td> <td style="text-align: right;">(老人保健施設)</td> </tr> <tr> <td>・ 要支援となったため</td> <td style="text-align: right;">(自宅)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> </table>		退居先	・ 転倒による骨折による入院	(医療機関)	・ 経済的理由	(老人保健施設)	・ 要支援となったため	(自宅)	・	()	・	()
	退居先												
・ 転倒による骨折による入院	(医療機関)												
・ 経済的理由	(老人保健施設)												
・ 要支援となったため	(自宅)												
・	()												
・	()												

7) 利用者の概要 (きらら II)

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 (3名) 要介護2 (3名) 要介護3 (3名) 要介護4 (0名) 要介護5 (0名) 要支援2 (0名)												
	年齢 (平均 87.7歳) (最低 81歳) (最高 95歳)												
<u>利用に当たっての条件</u>	・きらら I に同じ												
退居に当たっての条件	・きらら I に同じ												
開設以来の退居者数	人数 (28) 人 主な理由 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 転倒による骨折による入院</td> <td style="text-align: right;">(医療機関)</td> </tr> <tr> <td>・ 黄疸症状の悪化による入院</td> <td style="text-align: right;">(医療機関)</td> </tr> <tr> <td>・ 要支援となったため</td> <td style="text-align: right;">(自宅)</td> </tr> <tr> <td>・ 別のグループホームへ入居</td> <td style="text-align: right;">(他グループホーム)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> </table>		退居先	・ 転倒による骨折による入院	(医療機関)	・ 黄疸症状の悪化による入院	(医療機関)	・ 要支援となったため	(自宅)	・ 別のグループホームへ入居	(他グループホーム)	・	()
	退居先												
・ 転倒による骨折による入院	(医療機関)												
・ 黄疸症状の悪化による入院	(医療機関)												
・ 要支援となったため	(自宅)												
・ 別のグループホームへ入居	(他グループホーム)												
・	()												

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 き ら ら I ()	総数	(8名)
		(内数) ・常 勤 (専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算 (7.5名) ・非常勤 (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) (300時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(7.5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 (名) □宿直 (名)
<u>管理者</u> 氏名 (松元 寿子)	■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 (8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 () ()	
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ()	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 (8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 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (2名) 看護師 (名) その他 (ホームヘルパー) (4名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 5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	① 管理者の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合 ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合 ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合	

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。)

() () II II ()	総数	(8名) (内数) ・常 勤 (専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算 (7.5名) ・非常勤 (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) (300時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(7.5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 (名) □宿直 (名)
	<u>管理者</u> 氏名 (松元 寿子)	■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 (8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 () ()
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ()	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 (8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 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (5名) 看護師 (名) その他 (ホームヘルパー) (1名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 7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 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合 ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合 ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由) 一身上の都合	

9) その他

協力医療機関名	長崎内科、平瀬病院、井上病院、小浜歯科
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月に 1回) メンバー構成 (役職等) ・ 入居者代表 ・ 入居者家族 ・ 地域町内会長 ・ 地域民生委員 (2名) ・ 市職員
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。)	受託なし
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 : 3 0 ~ 2 1 : 0 0) <input 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 1 8 年 7 月 2 0 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。