

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28日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームはやひと	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 隼仁会
		<u>代表者名</u>	理事長 有村 孝子
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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

要介護状態であって認知症の状態にあり、共同生活を営むことに支障のない者に対し、家庭的な環境の下で入浴、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行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援助する。

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  
 短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒895-2504 鹿兒島県大口市青木3023番地14 TEL 0995-22-2333 FAX 0995-22-2025		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	・鹿兒島市より九州自動車道経由 (車で約70分) ・人吉市より国道267号線経由 (車で約30分) ・鹿兒島空港より九州自動車道経由 (車で約40分) ・水俣市より国道268号線経由 (車で約30分)		
開設年月日	昭和・平成11年11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>	・介護老人福祉施設ことぶき園 ・デイサービスセンターはやひと ・ヘルパーステーション秋津		

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨造陸屋根二階) 造り ( 2 階建ての 2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 9963.47 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 336.24 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 14.19 ) m <sup>2</sup>
<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>		( 15,000 ) 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 (1,380) 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			実費
②おむつ代			実費
③その他			
・光熱水費	・事業所窓口での現金払い・指定金融機関への振込		10,000
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 9 名 ) (男性 ( ) 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 ( 2 名)	要介護2 ( 3 名)	要介護3 ( 4 名)
	要介護4 ( ) 名)	要介護5 ( ) 名)	要支援2 ( ) 名)
	年齢 (平均 89.7 歳) (最低 82 歳) (最高 98 歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定により要介護状態又は要支援2と認定された者</li> <li>・主治医の診断書等により、認知症の常態にあると判断される者</li> <li>・少人数による集団生活を営むことができる者</li> </ul>		
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が死亡した場合</li> <li>・要介護認定により要介護・要支援2でなくなった場合</li> <li>・利用者が病状の変化により、医療機関での入院加療が必要となった場合</li> <li>・利用料の支払いが1ヶ月以上遅延し、督促後14日間以内に支払われない場合</li> <li>・利用者が契約終了を希望する7日前までに事業所にその旨を通知した場合</li> </ul>		
開設以来の退居者数	人数 ( 32 ) 人 主な理由 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院治療を要す ( 併設病院 )</li> <li>・リハビリ希望 ( 老健 )</li> <li>・介護度改善 ( 自宅等 )</li> <li>・ ( )</li> <li>・ ( )</li> </ul>		

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	( 8 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) } 常勤換算 ( 7.3 名) ・非常勤 ( 1 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)( 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。	
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	<u>管理者</u> 氏名 (新川 眞由美)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 介護老人福祉施設ことぶき園 ) 資格 ( 社会福祉士・看護師・介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数 ( 9 年 1 1 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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input 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 type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( ユニットケアリーダー研修) ( )
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ( )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 1 4 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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 ( 作業療法士 ) ( 1 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 3 年 1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 type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 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 ( ) 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 ( 2 ) 回 (理由) 異動の為 ② 計画作成担当者の交代回数 ( 2 ) 回 (理由) 異動の為 ③ 常勤職員の交代回数 ( 1 3 ) 回 (理由) 異動の為	

9) その他

協力医療機関名	大口温泉リハビリテーション病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 訪問看護ステーション秋津 )
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) ・利用者代表 ・民生委員 (2名) ・家族代表 ・大口市 (保険者) 職員 (2名) ・法人監事
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。)	・大口市通所型介護予防事業 ・大口市生活支援ハウス運営事業 ・大口市高齢者住宅等安心確保事業
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時～ 19時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 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 10 月 2 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。