

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6月1日)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホーム あったかハウス日吉	事業主体名	医療法人 誠心会
		代表者名	理事長 前原くるみ
		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 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

「認知症状により低下している日常生活動作の維持改善」「認知症状による不安と精神的混乱の解消」「自分らしく安心して生活を送れること」を目標に、家族・地域・職員とのやさしいふれあいを大切にして家庭復帰ができるようお世話させていただきます。

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

所在地及び連絡先		〒899-3203 鹿児島県日置市日吉町吉利796番地 TEL 099-246-8111 FAX 099-246-8600	
交通の便 (最寄りの交通機関等)		路線バス 吉利新町停留所より徒歩3分	
開設年月日	昭和・平成 年 月 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>			

5) 建物の概要

建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建物構造	(重量鉄骨) 造り (1 階建ての 1 階部分)
広 さ	敷地面積 (1,622.61) m ² 延床面積 (398.96) m ² 1室当たりの居室面積 (8.75) m ²
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (日額)</u>		(550) 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (30,000) 円 <input 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 checked="" 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 (800) 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	家族持参・銀行振り込み・引き落とし	実費
②おむつ代	〃	〃
③その他		
・管理費	〃	300円/日
・寝具代	希望者のみ利用者と事業者が直接契約している	70円/日
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (2名) 女性 (16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 (名) 要介護2 (4名) 要介護3 (8名)	
	要介護4 (6名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)	
	年齢 (平均 86歳) (最低 74歳) (最高 94歳)	
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 要介護認定を受けている方 2. 意思の診断で認知症高齢者と認められた方 3. 家庭での生活が艱難で、おおむね身の自立が可能で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	1. グループホームでの共同生活が困難になったとき 2. 利用料の滞納が生じたとき 3. その他、契約記載事項に違反があったとき	
開設以来の退居者数	人数 (43) 人	
	主な理由	退居先
	・入院長期の為	(病院)
	・ご家族の近辺を希望された	(老健、老人ホーム等)
	・	()
	・	()
	・	()

9) その他

協力医療機関名	ゆのもと記念病院・前原やすしクリニック・日置市立病院
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)
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) 施設職員 2名 集落会長 1名 婦人会長 1名 民生委員 1名 日吉支所福祉課 1名
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 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 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。