

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7日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームひだまり	<u>事業主体名</u>	有限会社 ひだまり
		<u>代表者名</u>	名島 勝一
		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

住み慣れた地域で、その人の今までを大事にし、その人らしい日常生活を提供することで、認知症の進行を遅らせ、精神的にも安定した日々を過ごしてもらう。

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>	〒891-9101 鹿児島県大島郡和泊町国頭2959-1番地 T E L 0997-92-2398 F A X 0997-92-2398		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	昭和・平成13年2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 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨平屋) 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (779) m ² 延床面積 (259.93) m ² 1室当たりの居室面積 (10.53) 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>		(12,000) 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 (300) 円 昼食 (300) 円 夕食 (300) 円 おやつ (食費に含む) 円 又は1日 () 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	利用料請求時に合わせて請求		実費相当額
②おむつ代	"		"
③その他			
・医療費	"		"
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (8 名) (男性 (1 名) 女性 (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 (名) 要介護2 (2名) 要介護3 (1 名) 要介護4 (5名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 88.38歳) (最低 73歳) (最高 96歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	認知症の症状があり要介護度が1以上で共同生活が可能の方
退居に当たっての条件	上記の対象者でなくなったとき
開設以来の退居者数	人数 (7) 人 主な理由 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家庭復帰 (自宅) ・ 病气入院 (病院) ・ 死亡 () ・ () ・ ()

9) その他

協力医療機関名	朝戸医院、前田歯科クリニック
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 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 (6 か月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 町担当課職員 地域民生委員 地区区長 地区長寿クラブ会長 ひだまり職員
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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 18 年 4 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。