

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31日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	さくら園グループホーム	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 ともお会
		<u>代表者名</u>	本部 輝治
		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 (沖田 廣文) 役職 (施設長 (管理者))

2) 事業の目的及び運営の方針

利用者が家庭的な環境の下で入浴、排泄、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が営まれるように援助する。
(1.自主性の支援 2.自己決定の支援 3.自立支援 4.創意工夫 5.地域との連携)

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>	〒891-9214 鹿児島県大島郡知名町知名アギナ1949番地 TEL 0997-93-0220 0997-93-0520 FAX 0997-93-3377		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	沖永良部バス企業団 沖永良部自動車学校 (徒歩5分)		
開設年月日	平成11年10月 1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>	特別養護老人ホームさくら園 さくら園デイサービスセンター さくら園指定居宅介護支援事業所		

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) 造り (1 階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (2,239) m ² 延床面積 (283.19 333.5) m ² 1室当たりの居室面積 (12.2 ~ 15.25) 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>		(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 (780) 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	口座引き落とし	実費
②お む つ 代	口座引き落とし	実費
③そ の 他	テレビを設置の方は電気料として (月額) 引き落とし	500円
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (17 名) (男性 () 名) 女性 (17 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 (4 名) 要介護2 (7 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 () 名 要支援2 () 名															
	年齢 (平均 82.8 歳) (最低 70 歳) (最高 92 歳)															
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護者であって、認知症の状態にあるもので、共同生活を営むのに支障がない者。															
退居に当たっての条件	・利用者が自立もしくは要支援と認定された場合。・利用者が死亡した場合。・入院生活を要する事等でサービス提供が困難と認めた場合。															
開設以来の退居者数	人数 (19) 人 主な理由 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">・ 家族の都合</td> <td style="width: 10%;">1名</td> <td style="width: 40%;">退居先 (にこにこクリニック)</td> </tr> <tr> <td>・ 病気</td> <td>8名</td> <td>(本部医院 徳洲会病院)</td> </tr> <tr> <td>・ 特養</td> <td>6名</td> <td>(さくら園)</td> </tr> <tr> <td>・ 病死</td> <td>3名</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・ 自宅</td> <td>1名</td> <td>()</td> </tr> </table>	・ 家族の都合	1名	退居先 (にこにこクリニック)	・ 病気	8名	(本部医院 徳洲会病院)	・ 特養	6名	(さくら園)	・ 病死	3名	()	・ 自宅	1名	()
・ 家族の都合	1名	退居先 (にこにこクリニック)														
・ 病気	8名	(本部医院 徳洲会病院)														
・ 特養	6名	(さくら園)														
・ 病死	3名	()														
・ 自宅	1名	()														

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) さくら園第二グループホーム)	総数	(7 名) (内数) ・常 勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) } 常勤換算 (6.5 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) (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	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (名)
	<u>管理者</u> 氏名 (沖田 廣文)	□専任 ■兼務 (兼務の施設 特別養護老人ホームさくら園) 資格 (施設長認定) 認知症介護の経験年数 (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) ■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 (認知症介護研修 (河野氏)) (医療、福祉、介護セミナー)
<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) 認知症介護の経験年数 (1 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) ■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 (認知症介護研修 (河野氏)) (医療、福祉、介護セミナー)	
その他の職員	資格 介護福祉士 (3 名) 看護師 (名) その他 (ヘルパー2級) (2 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 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 (認知症介護研修 (河野氏)) 受講済者 (3 名) (医療、福祉、介護セミナー) 受講済者 (3 名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 定年退職 ③ 常勤職員の交代回数 (4) 回 (理由) 1回退職 3回異動	

9) その他

協力医療機関名	医療法人 金連会 本部医院
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 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 (3 月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 神田静枝 (家族代表) 本部輝治 (理事長) 先間まつ代 (看護職員) 青木隆治 (家族代表) 沖田廣文 (施設長) 根元フミ (計画作成担当者) 亘 富徳 (民協会長) 坂井一夫 (事務主任) 林喜美代 (計画作成担当者) 栄 実孝 (保健福祉課) 西富士雄 (保健福祉課) 西村則彦 (相談員) 新山裕美 (居宅ケアマネジャー)
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (6 時～ 22 時) <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 18 年 4 月 17 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。