

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 8 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム岬	<u>事業主体名</u>	インターナショナルホスピタル サービス株式会社
		<u>代表者名</u>	能宗 克行
		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 (有川 春枝) 役職 (管理者兼計画作成担当者)

2) 事業の目的及び運営の方針

インターナショナル・ホスピタル・サービス株式会社が開設する指定認知対応型共同生活介護の事業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、事業所の管理者や授業者が、要介護状態であって認知の状態にある高齢者に対し、適正な指定認知対応型共同生活介護を提供することを目的とする。事業所の介護従業者は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び日常生活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た自立した生活を営むことができるよう援助を行う。事業の実施にあたっては、地域や家族との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携に努める。

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>	〒891-9231 鹿児島県大島郡知名町田皆 2 2 4 1 番地 T E L 0997-93-1502 F A X 0997-93-1503		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	田皆中央・郵便局前バス亭より徒歩 1 分		
開設年月日	平成 16年9月17 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>	(鉄筋コンクリート、一部鉄骨) 造り (2 階建ての1階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積 (663.73) m ² 延床面積 (289.91) m ² 1室当たりの居室面積 (8.92~12.78m ²) 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>	(10, 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, 000) 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 家族が連れて行き支払う。	
②おむつ代	実費 家族に持って来てもらっています。	
③その他		
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

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（ 1 名） 要介護2（ 0 名） 要介護3（ 6 名） 要介護4（ 2 名） 要介護5（ 0 名） 要支援2（ 0 名） 年齢（平均 76.4 歳）（最低 66.11 歳）（最高 93.6 歳）
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護者であって認知の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方 ・ 主治医の診断書等により認知の状態にあることが確認できること
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師等の判断により、入院治療を必要とする場合 ・ 入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合
開設以来の退居者数	人数（ 2 ）人 主な理由 ・死亡（ ） ・（ ） ・（ ） ・（ ） ・（ ）

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 8 名) (兼務 名) } 常勤換算(8 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)
	管理者 (有川春枝)	■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(12年 10 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 () ()
	計画作成担当者 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(12年 10 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(1 名) 看護師(名) その他(介護支援専門員)(1 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 13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 (サテライト教室) 受講済者(1 名) (認知症全国大会、大島地区認知症研修) 受講済者(5 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 (0)回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (0)回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	沖永部徳州会病院・松尾歯科医院
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 (6ヶ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 利用者代表・利用者家族利用者家族 地域住民の代表 知名町保健福祉課・知名町地域包括センター職員 グループホームについて知見を有する者 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 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 (時～ 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input checked="" 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 11 月 4 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。