

(調査様式2)

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

<u>事業所名</u>	グループホーム ショコラうすき	<u>事業主体名</u>	有限会社ウインドマジック
		<u>代表者名</u>	取締役 西本紀一郎
		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

<ul style="list-style-type: none"> 認知症の高齢者が不安なく家庭的な環境の下で、大規模施設では行えない日常生活上のお世話及び機能訓練を行い、地域での日常生活を可能とすることを目的とする。 認知症高齢者家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。
--

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

<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

<u>所在地及び連絡先</u>	〒890-0074 鹿児島市宇宿町2120番地		
	TEL 099-275-7075 FAX 099-265-7173		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	市営バス永仮入口バス停より徒歩1分		
開設年月日	平成16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>	無し		

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2階建て
<u>広さ</u>	敷地面積 (975.94) m ² 延床面積 (423.2) m ² 1室当たりの居室面積 (11.18~14.18) 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>		(36,000~45,000) 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 (250) 円 昼食 (450) 円 夕食 (300) 円 おやつ () 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	費用は翌月に家族等へ請求する。		1回 1,000 円程度
②おむつ代	費用は翌月に家族等へ請求する。		実費
③その他			
・水道光熱費	費用は翌月に家族等へ請求する。		1日 800 円
・日用品費	費用は翌月に家族等へ請求する。		実費
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (6名) 女性 (12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 (3名) 要介護3 (5名) 要介護4 (4名) 要介護5 (2名) 要支援2 (0名)
	年齢 (平均 84.1歳) (最低 68歳) (最高 95歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	自宅での家族介護困難でかつ認知症症状の改善または悪化防止が可能と思われる要介護者で、家族ないしは保護者が当施設利用を希望される方であって、心身の状況を鑑み当施設での適切な介護サービスができると判断する要介護者。
<u>退居に当たっての条件</u>	ご家族が当施設退去を希望する場合、または当施設において心身の状況を鑑み円滑な介護サービスが提供できないと判断した要介護者。

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	慈愛会 今村病院分院 ふるたクリニック 市来歯科 富山皮膚泌尿器科医院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 開催状況 (月 に 回) メンバー構成 (役職等)
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。)	必要に応じ、市町村と連絡をとります。
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) 前回 平成 18 年 8 月 25 日受入
	<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 8 月 24 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。