（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

事　業　所　名	グループホーム やすらぎの里	事業主体名	社会福祉法人　希望会
		代 表 者 名	中村　浩一郎
		研修の受講状況	□受講済　　□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

認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保する為、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が利用者に対して適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供する事を事業の目的とする。利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、予防や生きがい作り、利用者家族の労苦の軽減等を運営の方針とし、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

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 □　短期利用共同生活介護

４）組織の概要

所在地及び連絡先	〒８９９－５５４３ 鹿児島県姶良郡姶良町下名2992番地 ＴＥＬ　0995(65)1641 ＦＡＸ　0995(66)5063		
交通の便（最寄りの交通機関等）			
開設年月日	昭和・平成14年２月１日	ユニット数と利用定員	（　1　）ユニット　利用定員（　9　）人
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。)			

５）建物の概要

建　物　形　態	□　単独型　　□　併設型
建　物　構　造	（　　鉄骨　　）造り　（　1　階建ての　1　階部分）
広　　さ	敷地面積（　13，018.93　）㎡　延床面積（　294.21　）㎡ １室当たりの居室面積（13.53～11.82　）㎡
二人部屋の有無	□　有　　□　無

6）利用料等（入居者の負担額）

家　　賃（月額）		（　　３０，０００　）円
敷　　金		□ 有（　　）円　　□ 無
保証金の有無(入居時一時金)		□ 有（　　）円　　□ 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	□ 有（期間：　　）　　□ 無
食　材　料　費		朝　食（　　）円　昼　食（　　）円 夕　食（　　）円　おやつ（　　）円 又は１日（　１，０００　）円

その他の費用と徴収方法

名　目	徴　収　方　法	金　額(円)
①理　美　容　代	月末〆、翌日10日に請求書送付。翌月20日迄に持参又は銀行振込み。	実費
②お　む　つ　代	〃	実費
③そ　の　他	〃	実費
・光熱水費	〃	日額３００円
・		
・		

7）利用者の概要

現在の利用者の状態 ※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	利用人数（　９　名）　（男性（　１　名）女性（　８　名）） 要介護１（　３名）　要介護２（　４名）　要介護３（　２名） 要介護４（　　名）　要介護５（　　名）　要支援２（　　名） 年齢（平均　82.8　歳）　（最低　75　歳）　（最高　92　歳）
利用に当たっての条件	・認知症である事。・自傷、他害のない事。・共同生活を営むことに支障のない事。・常時医療機関で治療する必要のない事。
退居に当たっての条件	・医療機関への入院が２週間を経過した場合。・要介護認定で「要支援」又は「非該当」と判断された場合。・利用料の未払い。・心身状況等の不実の告知や重大な事情の発生。
開設以来の退居者数	人数　（　１６　）人 主な理由　　退居先 ・骨折　（　整形外科病院　） ・認知症の進行　（特別養護老人ﾎｰﾑ） ・脳梗塞や脳出血　（　病院　） ・経済状況　（特別養護老人ﾎｰﾑ） ・家族希望により自宅近くの施設へ　（　グループホーム　）

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。）

<table>
<tr><td rowspan="6">（　（ユニット名）　）</td><td rowspan="3">総数</td><td>（　　９　　名）</td></tr>
<tr><td>（内数）・常　勤（専任　９ 名）
（兼務　　名）
・非常勤（　　名）
常勤換算（　6.0　名）</td></tr>
<tr><td>※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。</td></tr>
<tr><td>夜間の体制</td><td>□専任　　□兼務（兼務の施設　　）
□夜勤（　　１　名）　　□宿直（　　名）</td></tr>
<tr><td>管理者
氏名（ 鎌田セツ子 ）</td><td>□専任　　□兼務（兼務の施設　　）
資格（　准看護師、ヘルパー１級　　）
認知症介護の経験年数（　23年　11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
（実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□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
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ管理者研修　□受講済　□未受講
・上記の研修の他に受講した研修名
（外部評価・新評価ｼｽﾃﾑの内容）（　管理者研修　）</td></tr>
<tr><td>計画作成担当者
氏名（ 鎌田セツ子 ）</td><td>介護支援専門員資格　□有　□無
他の資格（　　）
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
（実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□受講済　□未受講
・上記の研修の他に受講した研修名
（全国認知症ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ大会）（日本ｹｱﾏﾈ学会講座in鹿児島）</td></tr>
<tr><td>その他の職員</td><td>資格　介護福祉士（　２　名）　看護師（　　名）
その他（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級・2級）　（　６　名）
認知症高齢者のケアの経験年数（　５　年　４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
（実践ﾘｰﾀﾞｰ研修）　□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
（　地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ研修会　）　受講済者（　２　名）
（　認知症を治す研修会　）　受講済者（　２　名）</td></tr>
<tr><td colspan="2">職員の交代状況</td><td>①　管理者の交代回数　（　３　）回
（理由）病気退職・人事異動
②　計画作成担当者の交代回数　（　２　）回
（理由）病気退職
③　常勤職員の交代回数　（　０　）回
（理由）</td></tr>
</table>

9）その他

協力医療機関名	徳重医院・田上記念病院・川島ｸﾘﾆｯｸ・立石歯科医院
医療連携体制の状況 （看護師の確保方法）	□職員として配置 □契約（契約先名称　　）
運営推進会議の設置状況	□有　　□無 開催状況（　２ヶ月に　１回） メンバー構成（役職等） ・利用者の家族代表。　・地域包括支援センター代表。 ・地域の区長。　・地域包括支援センター出張所代表。 ・地区老人会代表。 ・地区民生委員代表。 ・自治会長（東） ・自治会長（西）
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。）	同敷地内の他の事業所では、姶良町役場より生きがい対応型サービス事業「姶良町お達者デイサービス」や生活指導型ショートステイ事業「姶良町お達者ショートステイサービス」の運営を受託。
入居者家族会等の有無	□有　　□無
家族の面会時間の設定の有無	□有（　　時～　　時）　　□無
介護相談員[注)] 等の受入状況	□有（具体的にご記入下さい。） □無
直近の外部評価公表日 （市町村が受理した日）	平成　１８　年　　９　月　　６　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。