

(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7月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム 鈴蘭	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 大一会
		<u>代表者名</u>	大保 一郎
		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 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

社会福祉法人大一会が開設するグループホーム鈴蘭が行う認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者が、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な認知症共同生活介護を提供することを目的とする。また、その利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう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、その他日常生活上の世話及び機能訓練等を行う。

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

<u>所在地及び連絡先</u>		〒895-2526 鹿児島県大口市宮人463-30 TEL 0995-23-0139 FAX 0995-23-0149	
交通の便 (最寄りの交通機関等)		大口ー崎山線 大口園前バス停より 徒歩4分	
開設年月日	平成13年8月20日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(3) ユニット 利用定員 (27) 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>			

グループホーム 鈴蘭

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>	(木造平屋) 造り (階建ての 階部分)
<u>広さ</u>	▶ グループホーム鈴蘭 I 敷地面積 (6 6 4 . 6 8) m ² 延床面積 (2 4 9 . 5 4) m ² 1室当たりの居室面積 (1 0 . 8 3) m ² ▶ グループホーム鈴蘭 I・II 敷地面積 (2 2 1 9 . 9 5) m ² 延床面積 (5 6 0 . 4 5) m ² 1室当たりの居室面積 (9 . 4 6) 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>	(2 5 , 0 0 0) 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 , 0 0 0) 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	本人よりその都度徴収	実費相当分
②おむつ代	請求書を発行し口座引き引落し	実費相当分
③その他		
・共益費	請求書を発行し口座引き引落し	1日100円
・		
・		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>※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</p>	<p>利用人数 (27名) (男性 (5名) 女性 (22名))</p> <p>要介護1 (5名) 要介護2 (6名) 要介護3 (3名)</p> <p>要介護4 (8名) 要介護5 (5名) 要支援2 (0名)</p> <p>年齢 (平均 87.5歳) (最低 59歳) (最高 98歳)</p>		
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 要支援2以上であるもの ➤ 認知症の状態にあるもの ➤ 共同生活を営めるもの ➤ 入院治療を必要としないもの 		
<p>退居に当たっての条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 要支援2以上でなくなったもの ➤ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるもの。または集中的な医療を必要とする場合 ➤ 共同生活が営めないもの ➤ 正当な理由なく利用料を支払わないもの 		
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (35) 人</p> <p>主な理由</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的な入院治療が必要となったため ・本人死亡のため ・状態が安定され自宅へ ・介護施設及び法人保健施設への入居 </td> <td style="width: 30%; text-align: right;"> <p>退居先</p> <p>(医 療 機 関)</p> <p>()</p> <p>(自 宅)</p> <p>(特 養 ・ 老 健)</p> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な入院治療が必要となったため ・本人死亡のため ・状態が安定され自宅へ ・介護施設及び法人保健施設への入居 	<p>退居先</p> <p>(医 療 機 関)</p> <p>()</p> <p>(自 宅)</p> <p>(特 養 ・ 老 健)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な入院治療が必要となったため ・本人死亡のため ・状態が安定され自宅へ ・介護施設及び法人保健施設への入居 	<p>退居先</p> <p>(医 療 機 関)</p> <p>()</p> <p>(自 宅)</p> <p>(特 養 ・ 老 健)</p>		

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。)

(グループホーム鈴蘭 3) (ユニット名 からもユニット)	総数	(9 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 8名) (兼務 名) } 常勤換算 (8. 87名)
		・非常勤 (1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
<u>管理者</u> 氏名 (上園 成子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員・准看護師・社会福祉主事) 認知症介護の経験年数 (11 年 7 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症グループホーム大会) (県介護支援専門員研修会)	
<u>計画作成担当者</u> 氏名 (有馬 修美)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (社会福祉士) 認知症介護の経験年数 (6 年 3 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (雇用管理責任者講習) (グループホーム外部評価研修会)	
その他の職員	資格 介護福祉士 (1 名) 看護師 (名) その他 (社会福祉主事) (1 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (2 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者 (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 (2) 回 (理由) 法人内人事異動により ③ 常勤職員の交代回数 (2) 回 (理由) 法人内人事異動及び退職により	

9) その他

協力医療機関名	医療法人 明和会 大保・川添クリニック たけ歯科医院
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 (2ヶ月に1回) メンバー構成 (役職等) 利用者代表者 地区民生委員 市介護保険担当者 医療機関関係者 利用者家族代表者 老人クラブ代表 地域包括支援センター職員
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 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 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。