

(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 年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム協愛	<u>事業主体名</u>	(有) 協愛介護サービス
		<u>代表者名</u>	取締役 香月 泰史
		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

要支援2以上で認知症状態にある者について、共同生活を行うことによって、利用者の有する能力に応じ自立した生活が出来るよう、適正な認知症対応型共同生活介護を提供する。
利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。

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

- 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>	〒899-4351 霧島市国分新町1丁目6-52-17号 TEL 0995-48-8600 FAX 0995-48-8506		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR 国分駅		
開設年月日	平成13年7月31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>	(有) 協愛介護サービス。居宅支援事業所		

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>	(木) 造り (1階建ての 1階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (946.52) m ² 延床面積 (48208) m ² 1室当たりの居室面積 (7.50) 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>		(30,000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 (800) 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	2ヶ月に1回利用時のみ	1,575円
②おむつ代	1/月 サービス利用料と共に (袋単位)	
③その他		
水道光熱費・	1/月 サービス利用料と共に	5,000円
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (1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 (3名) 要介護2 (5名) 要介護3 (9名) 要介護4 (1名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均88歳) (最低 71歳) (最高 96歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2～要介護5、認知症のある方
退居に当たっての条件	自立又は要支援1となった時、医療機関等に長期入院となった時。
開設以来の退居者数	人数 (20) 人 主な理由 ・ 医療機関への入院 (入院) ・ 死亡 () ・ 在宅復帰 (自宅) ・ () ・ ()

9) その他

協力医療機関名	協愛病院、国分外科胃腸科、愛歯クリニック、清水整形外科
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 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) * 院長 * 包括支援センター職員 * 公民館長 * 老人クラブ会長 * 利用者の家族代表 * グループホーム職員2名
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。)	霧島市役所・介護保険係 福祉事務所 霧島市社会福祉協議会・国分支所
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 (9時～21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7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。