

(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>	グループホームはまなす	<u>事業主体名</u>	医療法人 互舎会
		<u>代表者名</u>	松元寛仁
		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

認知症対応型共同生活介護従事者が要介護者に対し、適切な認知症対応型共同生活介護サービスを提供する事を目的とし、利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行うとともに、利用者が家庭的環境のもとで安心と尊厳のある生活を営む事を支援する。

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>	〒899-1131 阿久根市脇本9093番地2 TEL 0996-75-0320 FAX 0996-75-0320		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	・折口駅より車で10分 ・阿久根駅より車で20分 ・槇之浦西バス停より徒歩10分		
開設年月日	昭和・平成14年8月1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>	脇本病院 季節の行事やレクリエーションを行うための場所。スタッフを提供する。(花見、夏祭り、運動会、敬老会、クリスマス会等)		

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄筋) 造り (1 階建ての 1 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (3,308) m ² 延床面積 (280.8) m ² 1室当たりの居室面積 (12.4) 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>		(7, 800 ~ 8, 060) 円	260円/日
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 (200) 円	昼食 (300) 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	主に近隣の理美容室に家族に連れて行って頂く。		
②おむつ代	家族に持ってきて頂く。はまなすで購入の場合は実費精算する。		
③その他	レク材料費、実費精算 脇本病院以外の受診時の車使用料金は実費精算。		
④光熱水費	利用実績に応じて翌月に請求し、その他の利用料金とともに徴収。	100/日 (3,000円/月)	

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9 名) (男性 (0 名) 女性 (9 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 (1 名) 要介護3 (2 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (名) 要支援2 (1 名)
	年齢 (平均 83 歳) (最低 71 歳) (最高 94 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	現在認知症状態にある事(医師の診断) 現在要支援2・要介護(1~5)の認定を受けている事。 少人数による共同生活が可能の方。
退居に当たっての条件	要介護度が改善し、要支援1又は自立となった時。 医療施設への入院治療が必要となった時。
開設以来の退居者数	人数 (12) 人 主な理由 ・骨折 (4人 病院) ・腸閉塞 (1人 病院) ・脳梗塞 (3人 病院) ・食欲不振 (1人 病院) ・肺炎 (1人 病院) ・精神症状 (1人 病院) ・死亡 (1人 自宅)

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	(9 名)
		(内数) ・常勤(専任 6 名) (兼務 名) } 常勤換算 (7.4 名)
		・非常勤 (3 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(大堂久美子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(准看護師、介護支援専門員、ホームヘルパー1級、防火管理者) 認知症介護の経験年数 (21 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 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 (認知症ケアの視点) (地域密着型サービス評価研修) 他	
<u>計画作成担当者</u> 氏名(大堂久美子)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(准看護師、ホームヘルパー1級、防火管理者) 認知症介護の経験年数 (21 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 ・上記の研修の他に受講した研修名 (ケアマネジメントの実践と介護予防) (地域密着型サービスの視点) 他	
その他の職員	資格 介護福祉士 (3 名) 看護師 (名) その他(ホームヘルパー2級: 6名 ・調理師: 2名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5年~16年) 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 (認知症ケアの視点) 受講済者 (4 名) (リスクマネジメントについて) 受講済者 (3 名) 他	
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 (2) 回 (理由) 併設病院との定期異動	

9) その他

協力医療機関名	医療法人互舎会脇本病院 よしもと歯科医院
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 (3 月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 集落自治公民館長 老人クラブ会長 民生委員 行政関係者 家族会の皆様
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 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 11 月 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。