（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5月1日）

(1) 事業主体の概要

事業所名	高齢者グループホーム椎原館	事業主体名	医療法人　椎原会
		代表者名	理事長　有馬則子
		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

認知性高齢者が安定した日常生活を営むために、個人の尊厳を保ち、価値ある人生を送ること、さらにはご家族が安心しして生活できるよう、適切な指定認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止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。運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村等保険者、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者と密接な連携に努める。

(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	〒８９７－０１３２ 鹿児島県川辺郡川辺町中山田１８８８番地 TEL ０９９３（５８）９３９１　FAX　０９９３（５８）９３９２		
交通の便(最寄の交通機関等)	鹿児島交通社　勝目麓バス停より徒歩5分		
開設年月日	平成14年3月1日	ユニット数と利用定員	（　1)ユニット　　利用定員(　9　)
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

建物の形態	□ 単独型　☑ 併設型
建物構造	（　木　）造り　（　1　階建ての　1　階部分　）
広さ	敷地面積（　1722.00　）㎡　延床面積（　209　）㎡ 1室あたりの居室面積（10.42　）㎡
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　）		（　20,000　）円
敷　金		□ 有（　　）円　☑ 無
保証金の有無(入居時一時金)		☑ 有（　125,000　）円　□ 無
	有りの場合、保全措置の内容	延滞利用料、延滞入居料または損害賠償金があるときは、これらを差し引いてその残額を返還する。
	有りの場合、償却の有無	□ 有（ 期間:　　）　☑ 無
食　材　料　費		朝　食（　300　）円　昼　食（　300　）円 夕　食（　400　）円　おやつ（　　）円 又は1日（　　）円

その他の費用と徴収方法

名　目	徴　収　方　法	金　額
① 理　美　容　代	銀行口座振込みまたは現金支払	実　費　相　当　額
② お　む　つ　代	銀行口座振込みまたは現金支払	実　費　相　当　額
③ そ　の　他		
・光　熱　水　費	銀行口座振込みまたは現金支払	（月額）　12,500 円 （日額）　420 円
・防　水　マ　ッ　ト	銀行口座振込みまたは現金支払	（1枚）　50 円
・寝具類リース料	銀行口座振込みまたは現金支払	（日額）　50 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2の数を記載すること。	利用人数（　9 名）　（ 男性　0 名　女性　9 名 ） 要介護1（　1 名 ）　要介護2（　2 名 ）　要介護3（　3 名 ） 要介護4（　2 名 ）　要介護5（　1 名 ）　要支援2（　名 ） 年齢（平均　91.0 歳 ）（最低　84 歳 ）（最高　99 歳 ）
利用に当っての条件	1 65歳以上で、要支援２から要介護５であると認定された方 2 中等度の認知症のある方
退居に当っての条件	1 要介護の状態でなくなった方 2 共同生活介護ができなくなった方
開設以来の退居者数	人数　（ 11 ）人 主な理由　　退　居　先 ・徐々にＡＤＬ低下し、治療目的　（ 医療法人椎原会 有馬病院 ） ・入居前から入所申込みをしてあったため　（ 老人福祉施設川辺みどり園 ） ・自宅から近い施設へという家族の希望　（ グループホームなでしこ ） ・問題行動が頻回となり、治療目的　（ ウエルフェア九州病院 ）

(8) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成)

(ユニット名) 【 】	総　　数	(　　9名　)
		(内数) ・常　勤 (専任　6名) (兼任　2名) 常勤換算 (　5.2　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	☑専任　　□ 兼務 (兼務の施設　　)
		☑夜勤 (　1名)　　□ 宿直 (　　名)
	管　理　者 氏名 (久保文代)	□ 専任　　☑兼務 (兼務の施設　　) 資格 (介護支援専門員　　介護福祉士　　) 認知症介護の経験年数　(　10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 ・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 (全国認知症ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ大会)(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ外部評価研修会)
	計画作成担当者 氏名 (久保文代)	□ 専任　　☑兼務 (兼務の施設　　) 資格 (介護支援専門員　　介護福祉士　　) 認知症介護の経験年数　(　10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)(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ外部評価研修会)
	その他の職員	資格　介護福祉士(　2名)　看護師 (　1名) その他　(　　)　(　　名) 認知症介護の経験年数　(　4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 ・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 (認知症ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ・ｽﾀｯﾌ研修会)　受講済者 (　2名) (認知症ケア公開講座)　受講済者 (　1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　(　0　)回 (理由) 法人内異動のため ③ 常勤職員の交代回数　(　4　)回 (理由) 自己都合による退職のため

(9) その他

協力医療機関名	医療法人椎原会 有馬病院
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	□ 職員として配置 ☑ 契約 (契約先名称　医療法人椎原会 有馬病院　)
運営推進会議の設置状況	☑ 有　□ 無 開催状況 (　月に　回) メンバー構成(役職等) 利用者家族、小組合長、老人会会長、町関係職員、町議（有識者） 管理者兼計画作成担当者
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	□ 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（具体的に記入してください。）
	☑ 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18 年 7 月 2 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。