

(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15日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	ふるさとの家 郡山	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 正栄会
		<u>代表者名</u>	上片平栄昭
		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

要介護及び要支援2で認知症の状態にある利用者に対し、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、入居者がそ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にするものとする

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>	〒891-1102 鹿児島市東俣町3853番地 TEL 099-298-8118 FAX 099-298-8122		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JRバス 大英団地入り口バス停まで300m徒歩約3分		
開設年月日	昭和・平成15年11月6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>			

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) 造り (1階建ての 1階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (4427.16) m ² 延床面積 (498.13) m ² 1室当たりの居室面積 (10.01) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(24,000) 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 (600) 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	必要に応じて、請求書にて請求		実費 約1,500円
②お む つ 代	必要に応じて、請求書にて請求		
③そ の 他			
・管 理 費	利用日数に応じて		1日 100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 (0名) 女性 (18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 (7名)	要介護2 (6名)	要介護3 (2名)
	要介護4 (3名)	要介護5 (名)	要支援2 (名)
	年齢 (平均 85.1歳) (最低 77歳) (最高 96歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2以上の利用者でかつ認知症の状態にある方に対し、少人数による共同生活を営むのに支障がないこと		
退居に当たっての条件	入居者の状況が自立または要支援1と判定された場合。または、暴力行為・自傷行為のおそれのある重度の認知症の状態となった場合		
開設以来の退居者数	人数 (17) 人		
	主な理由		退居先
	・介護老人福祉施設入所	(愛泉園)	
	・病院入院	(高田病院・ヲサメ病院)	
	・介護老人保健施設	(アンダンテ)	
	・グループホーム	(竹山苑 やすらぎの里)	
	・	()	

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。）

（ 1棟 ）	総数	（ 6名）
		（内数）・常勤（専任 2名） （兼務 1名）
		常勤換算（5.7名）
		・非常勤（ 2.7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(40時間)÷40時間=常勤換算数(1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）	
<u>管理者</u> <u>氏名（有馬慎一）</u>	■専任 □兼務（兼務の施設	）
	資格（介護支援専門員 社会福祉主事） 認知症介護の経験年数（10年9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 （実践リーダー研修） □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 認知症高齢者グループホーム管理者研修 □受講済 ■未受講	
	・上記の研修の他に受講した研修名 （基礎課程）（専門課程）	
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名（有馬慎一）</u>	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格（社会福祉主事） 認知症介護の経験年数（10年 9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 （実践リーダー研修） □受講済 ■未受講	
	・上記の研修の他に受講した研修名 （基礎課程）（専門課程）	
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（ 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 （実践リーダー研修） □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 （ ） 受講済者（ 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（ 0 ）回 （理由） ③ 常勤職員の交代回数（ 0 ）回 （理由）	

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。)

(I棟)	総数	(6名)
		(内数) ・常 勤 (専任 2名) (兼務 1名) } 常勤換算 (6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(40時間)÷40時間=常勤換算数(1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 (有馬慎一)	■専任 □兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員 社会福祉主事) 認知症介護の経験年数 (10年9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 (実践リーダー研修) □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 認知症高齢者グループホーム管理者研修 □受講済 ■未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (基礎課程) (専門課程)	
計画作成担当者 氏名 (松崎圭司)	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格 (介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (7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 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (1名) 看護師 (名) その他 (ヘルパー1級) (1名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (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 (実践リーダー研修) □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 () 受講済者 (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 (1) 回 (理由) 自己都合による ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由) 法人内移動	

9) その他

協力医療機関名	上片平産婦人科・内科　みらい歯科医院　吉田ナーシングホーム
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月に　1回) メンバー構成 (役職等) ・自治会書記 ・老人会会長 ・入居者家族　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。)	受託している事業はないが、市役所窓口との連絡は随時行っている
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。 平成18年度鹿児島市より受け入れました <input 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　8月　21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)

- 「」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。
- 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 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。
- 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。