

鹿児島県 グループホームタンポポ福祉館

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7日)

1) 事業主体の概要

|             |         |                 |  |
|-------------|---------|-----------------|--|
| <u>事業所名</u> | グループホーム | <u>事業主体名</u>    | (有)タンポポ福祉館                                       |
|             | タンポポ福祉館 | <u>代表者名</u>     | 井田 裕一郎   |
|             |         | 研修の受講状況         | <input checked="" type="checkbox"/> 受講済      未受講 |
|             |         | 上記の者以外が受講している場合 | 氏名( )<br>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事業の適切な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め介護者に対し適正な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悪化を防止し日常生活に必要な援助を適切に行う。

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

|   |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護<br>指定認知症対応型通所介護<br>医療連携体制加算<br>短期利用型共同生活介護 |
|---|

4) 組織の概要

|   |  |                              |                   |
|---|--|------------------------------|-------------------|
| <u>所在地及び連絡先</u>                         | 〒899-2704<br>鹿児島市春山町1855-7<br>TEL 099-278-7110<br>FAX 099-278-7115 |                              |                   |
| 交通の便(最寄りの交通機関等)                         |  |                              |                   |
| 開設年月日                                   | 昭和・平成15年3月19日  | <u>ユニット数</u><br><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      併設型                                   |
| <u>建物構造</u>    | (木造コロニアル)造り (1階建ての階部分)   |
| <u>広さ</u>      | 敷地面積(1200)m <sup>2</sup> 延床面積(415)m <sup>2</sup><br>1室当たりの居室面積(7.92)m <sup>2</sup> |
| <u>二人部屋の有無</u> | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無  |

6) 利用料等 (入居者の負担額)

|                       |                  |                                  |                   |
|-----------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|
| <u>家賃(月額)</u>         |                  | ( 21,000 )円                      |                   |
| 敷金                    |                  | 有( )円                            | 無                 |
| <u>保証金の有無(入居時一時金)</u> |                  | 有( )円                            | 無                 |
|                       | 有りの場合<br>保全措置の内容 |                                  |                   |
|                       | 有の場合償却の有無        | 有(期間: )                          | 無                 |
| <u>食材料費</u>           |                  | 朝食( )円<br>夕食( )円<br>又は1日( 800 )円 | 昼食( )円<br>おやつ( )円 |
| <u>その他の費用と徴収方法</u>    |                  |                                  |                   |
| 名目                    | 徴収方法             |                                  | 金額(円)             |
| 理美容代                  | 自己負担             |                                  | 実費                |
| おむつ代                  | 自己負担             |                                  | 実費                |
| その他                   | 各部屋で個人的に設置されるテレビ |                                  |                   |
| ・                     | 電話・冷蔵庫等に関する経費は   |                                  |                   |
| ・                     | 入居者が負担する。        |                                  |                   |
| ・                     |                  |                                  |                   |

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<br>共同生活介護を提供している<br>場合、要支援者2の数を記載すること | 要介護1( 5 名) 要介護2( 3 名) 要介護3( 6 名)<br>要介護4( 4 名) 要介護5( 名) 要支援2( 名)  |
|  | 年齢(平均 86 歳) (最低 76 歳) (最高 98 歳)   |
| <u>利用に当たっての条件</u>                                  | 認知症で要支援2以上の方、入院医療が不必要になった方、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   | 暴力行為や自傷他害の恐れのある方  |
| 開設以来の退居者数  | 人数 ( 12 )人<br>主な理由<br>・状態が軽減し自宅の生活が可能( 自宅 )<br>・入所の順番がきたため( 特老 )<br>・状態が悪化し入院( 病院 )<br>・他入居者との認知症のレベルの違い( グループホーム )<br>・( ) |

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。)

|   |  |   |
|---|--|---|
| ( )<br>( )<br>ユニット名<br>( )<br>す<br>み<br>れ | 総数   | ( 12 名 )<br>(内数)・常勤(専任 3名)<br>(兼務 名) } 常勤換算( 2 名)<br>・非常勤( 9 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。<br>職員の1週間の勤務延時間数 注)( 160時間)÷40時間=常勤換算数( 4名)<br>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 兼務(兼務の施設 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1 名) 宿直( 名)  |
|   | <u>管理者</u><br>氏名(井田 裕子)  | <input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設 )<br>資格(介護福祉士、介護支援専門員 )<br>認知症介護の経験年数( 14年 か月)<br>認知症介護に関する研修の受講歴<br>・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講<br>(実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講<br>・認知症対応型サービス管理者研修もしくは<br>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 未受講<br>・上記の研修の他に受講した研修名<br>(県GH協会研修)(三好春樹先生による認知症介護研修) |
| <u>計画作成担当者</u><br>氏名(井田 裕子)               | 介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無<br>他の資格(介護福祉士、介護支援専門員 )<br>認知症介護の経験年数( 14年 か月)<br>認知症介護に関する研修の受講歴<br>・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講<br>(実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講<br>・上記の研修の他に受講した研修名<br>(県GH協会研修)(認知症介護研修)   |   |
| その他の職員                                    | 資格 介護福祉士( 3 名) 看護師( 1 名)(準看護師)<br>その他(ヘルパー2級) ( 3名)<br>認知症高齢者のケアの経験年数( 3年 3か月)<br>認知症介護に関する研修の受講歴<br>・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講<br>(実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講<br>・認知症介護指導者研修 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講<br>・上記の研修の他に受講した研修名<br>( 認知症介護研修 ) 受講済者( 2 名)<br>( 貯筋運動 ) 受講済者( 2 名) |   |
| 職員の交代状況                                   | 管理者の交代回数 ( 0 )回<br>(理由)<br>計画作成担当者の交代回数 ( 0 )回<br>(理由)<br>常勤職員の交代回数 ( 0 )回<br>(理由)   |   |



9) その他

|  |  |
|--|--|
| 協力医療機関名  | 川畑内科クリニック、脇丸医院、奥歯科医院   |
| 医療連携体制の状況<br>(看護師の確保方法)                            | 職員として配置<br>契約(契約先名称 )  |
| 運営推進会議の設置状況  | <input checked="" type="checkbox"/> 有                    無<br>開催状況( 2ヶ月に 1回)<br>メンバー構成(役職等)<br>民生委員<br>家族<br>入居者<br>職員 |
| 市町村との連携状況<br>(事業を受託している場合の<br>事業名等具体的にご記入下<br>さい。) | ・市町村からの質問・調査等には積極的に協力し情報開示を行っ<br>ている。<br>・地域の保健・医療・福祉サービス等の綿密な連携を図る。   |
| 入居者家族会等の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 有                    無   |
| 家族の面会時間の設定の有無                                      | 有( 時~ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無   |
| 介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。)毎年受け入れ介護相談員の指<br>導助言を受け質的向上を図る。<br><br>無                             |
| 直近の外部評価公表日<br>(市町村が受理した日)                          | 平成 18 年 6 月 13 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。