

鹿児島県 グループホーム ゆんぬ

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 10日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームゆんぬ	<u>事業主体名</u>	医療法人 沖縄徳洲会
		<u>代表者名</u>	理事長 徳田 虎雄
		研修の受講状況	レ受講済 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名(竹内 美津子) 役職(管理者)

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症の要介護者に対し、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、共同生活の中で日常の援助や機能訓練を通して認知症の進行を穏やかにし、家庭的な環境で楽しみや喜びを感じることのできる生活を送れるよう支援していくことを目的とする。

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

- レ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- レ 指定認知症対応型通所介護
- レ 医療連携体制加算
- レ 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>	〒 891-9301 鹿児島県大島郡与論町茶花302-5 TEL 0997-81-3919 FAX 0997-81-3436		
交通の便(最寄りの交通機関等)	みなみバスでグループホームゆんぬ前で乗降車可能		
開設年月日	昭和・平成17年5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>	なし		

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	レ 単独型	併設型
<u>建物構造</u>	(木造平屋)造り	(階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積(1169.8)m ² 1室当たりの居室面積(8.5)m ²	延床面積(257.95)m ²
<u>二人部屋の有無</u>	有	レ 無

6) 利用料等(入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		350 × 30 = 10,500円	
敷金		有()円 レ 無	
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		有()円 レ 無	
	有りの場合 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(250)円 昼食(350)円 夕食(350)円 おやつ(50)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)
理美容代	近隣の理美容室へ職員が同行 本人払い		実費・相当額
おむつ代	月利用料請求時に別途項目にて請求		実費
その他			
水道・光熱費	月利用料請求時に別途項目にて請求		1日100円
とろみ調整食品代	月利用料請求時に別途項目にて請求		実費
.			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数(9 名)(男性(3 名)女性(6 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(2 名)要介護3(0 名) 要介護4(1 名)要介護5(1 名)要支援2(2 名)	
	年齢(平均 89 歳) (最低 78 歳) (最高 95 歳)	
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2以上の軽度から中程度の認知症高齢者で、日常生活においてある程度自立している方	
退居に当たっての条件	介護度が要支援1又は自立になった方、又は認知症状が著しく改善し日常生活で自立可能となった場合等	
開設以来の退居者数	人数 (5)人 主な理由 退居先 ・死亡 () ・他施設へ入所 (老健施設) ・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 () グループ ホーム ゆんぬ ()	総数	(7 名)
		(内数)・常勤(専任 7名) (兼務 名) } 常勤換算(7名) ・非常勤(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	レ専任 兼務(兼務の施設) レ夜勤(1名) 宿直(名)
<u>管理者</u> <u>氏名(竹内美津子)</u>	レ専任 兼務(兼務の施設) 資格(介護福祉士 介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(7年 5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) レ受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 レ未受講 ・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 レ受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名(備 明彦)</u>	介護支援専門員資格 レ有 無 他の資格(はり師 きゅう師) 認知症介護の経験年数(3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) レ受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 レ未受講 ・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(名) 看護師(名) その他() (5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 レ未受講 (実践リーダー研修) 受講済 レ未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 レ未受講 ・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	管理者の交代回数 (1)回 (理由)法人内異動 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由)法人内異動 常勤職員の交代回数 (3)回 (理由)法人内異動	

9) その他

協力医療機関名	与論徳洲会病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	職員として配置 レ契約(契約先名称 与論徳洲会病院)
運営推進会議の設置状況	レ有 無 開催状況(2月 に 1回) メンバー構成(役職等) ・ 入居者 ・入居者の家族 ・地域住民の代表 ・ 地域包括センター代表 ・グループホームについて 知見を有する者 ・職員
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。)	与論町役場 町民福祉課 0997-97-3111(代)
入居者家族会等の有無	有 レ無
家族の面会時間の設定の有無	レ有(10時 ~ 20時) 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	有(具体的にご記入下さい。) レ無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18年 10月 15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。