

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

<u>事業所名</u>	グループホーム ぬくもりの里	<u>事業主体名</u>	有限会社澤津ケアサービス
		<u>代表者名</u>	澤津ノブ子
		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( ) 役職( )

2) 事業の目的及び運営の方針

<p>《目的》 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、個々に合った介護計画に基づいた適切なケアを提供することにより、要介護状態の軽減、若しくは進行の防止を図ることを目的とする。</p> <p>《運営方針》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう心身の状況を理解し、適切なケアを提供する。</li> <li>・ 残存機能を生かし、家庭的な環境の下で日常生活ができるよう留意する。</li> <li>・ 介護計画に基づき、個々の利用者に応じたケアを提供する。</li> <li>・ スタッフはパートナーとしての介護を提供する。</li> <li>・ 利用者、家族に対しサービスの提供方法等について理解していただくために説明を行う。</li> <li>・ 介護の提供に当たり、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急止むを得ない場合を除き、身体的拘束その他行動を制限する行為は行わない。</li> <li>・ 介護従事者は、自ら提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> </ul>
---

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 指定認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 医療連携体制加算 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>	〒 899-8103 鹿児島県曽於市大隅町中之内6078-9 T E L 099-471-2802 F A X 099-471-2803		
交通の便(最寄りの交通機関等)	鹿児島交通 笠木小学校前下車 徒歩3分		
開設年月日	平成16年10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                      併設型
<u>建物構造</u>	( 木造平屋 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分 )
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 1755.8 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 573.75 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 9.93 ) 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 (日額)</u>	( 1000 ) 円	
敷金	有 (                      ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>	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	有 ( 期間 :                      )                      無
<u>食 材 料 費</u>	朝 食 (                      ) 円    昼 食 (                      ) 円 夕 食 (                      ) 円    おやつ (                      ) 円 又は1日 ( 900 ) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
水道光熱費	請求書を渡し月まとめて徴収	日額300円
理 美 容 代	請求書を渡し月まとめて徴収	実費
お む つ 代	請求書を渡し月まとめて徴収	実費
そ の 他		
.		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 18 名 ) ( 男性 ( 6 名 ) 女性 ( 12 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 ( 1 名 )    要介護2 ( 5 名 )    要介護3 ( 7 名 ) 要介護4 ( 3 名 )    要介護5 ( 2 名 )    要支援2 (   名 )
	年齢 ( 平均 87.9 歳 ) ( 最低 74 歳 ) ( 最高 94 歳 )
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2以上の認定を受けた方で認知症の状態にあり、自宅での生活が困難と認められる方

<p>退居に当たっての条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が自立又は要支援 1 と認定された場合</li> <li>・ 利用者が死亡した場合</li> <li>・ 利用者が病気の治療その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった時</li> </ul>												
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 ( 17 ) 人</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">主な理由</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 病状の悪化</td> <td style="text-align: right;">( 昭南病院 )</td> </tr> <tr> <td>・ 特別養護老人ホームへ</td> <td style="text-align: right;">( おおすみ竹山園 )</td> </tr> <tr> <td>・ 養護老人ホームへ</td> <td style="text-align: right;">( あけぼの園 )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">( )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td style="text-align: right;">( )</td> </tr> </table>	主な理由	退居先	・ 病状の悪化	( 昭南病院 )	・ 特別養護老人ホームへ	( おおすみ竹山園 )	・ 養護老人ホームへ	( あけぼの園 )	・	( )	・	( )
主な理由	退居先												
・ 病状の悪化	( 昭南病院 )												
・ 特別養護老人ホームへ	( おおすみ竹山園 )												
・ 養護老人ホームへ	( あけぼの園 )												
・	( )												
・	( )												

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 ( つつじ棟 )	総数	( 13 名 ) (内数) ・常 勤 (専任 4 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 8.0 名) ・非常勤 ( 8 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)(140時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数 (1.6 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 兼務 (兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名 ) 宿直 ( 名 )
	管理者 氏名 ( 澤津 ノブ子 )	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 つつじ棟計画作成担当者 ) 資格 ( 看護師 介護支援専門員 精神衛生相談員 ヘルパー1級 ) 認知症介護の経験年数 ( 12 年 6 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 未受講 (実践リーダー研修) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員専門研修) ( 身体拘束廃止推進研修 )
計画作成担当者 氏名 ( 澤津 ノブ子 )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格 ( 看護師 介護支援専門員 精神衛生相談員 ヘルパー1級 ) 認知症介護の経験年数 ( 12 年 6 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 未受講 (実践リーダー研修) 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 ( 介護支援専門員専門研修 ) ( 身体拘束廃止推進研修 )	
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 4 名 ) 看護師 ( 名 ) その他 ( 准看護師 社会福祉士 ヘルパー 2 級等 ) ( 8 名 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 平均 7 年 0 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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 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 ( 認知症ケアセミナー ) 受講済者 ( 2 名 ) ( 認知症高齢者の口腔ケア ) 受講済者 ( 1 名 )	
員の交代状況	管理者の交代回数 ( 0 ) 回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 職員退職等 常勤職員の交代回数 ( 3 ) 回 (理由) 退職等	



9) その他

協力医療機関名	医療法人 愛誠会 昭南病院 井上歯科医院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置 契約(契約先名称 )
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無 開催状況( 2 月に 1 回 ) メンバー構成(役職等) 利用者 1名 利用者の家族 2名 地域住民の代表 1名 曾於市職員または、曾於市地域包括支援センター職員1~2名 グループホームについて知見を有するもの 1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。)	
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	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 10 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)

- 「 」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。