

(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10日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム美笠	<u>事業主体名</u>	インターナショナル・ホスピタル・サービス(株)
		<u>代表者名</u>	能宗 克行
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 (春 順子) 役職 (管理者兼計画作成者)

2) 事業の目的及び運営の方針

利用者に対して家庭的な環境の下で、日常生活における援助を行う事により、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を激少させ、利用者が精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるよう支援する。

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>	〒894-0512 鹿児島県奄美市笠利町中金久113-1 T E L 0997-63-2200 F A X 0997-63-2200		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	昭和 <u>平成</u> 16年12月8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>			

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>	(木造平屋建て) 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (2878.19) m ² 延床面積 (273.27) m ² 1室当たりの居室面積 (9.10) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(10.000) 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 (300) 円 昼食 (300) 円 夕食 (300) 円 おやつ (100) 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)
①理美容代	実費相当額	
②おむつ代	実費相当額	
③その他		
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9 名) (男性 (2 名) 女性 (7 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 (4 名) 要介護3 (2名) 要介護4 (2 名) 要介護5 () 要支援2 ()
	年齢 (平均 89.2 歳) (最低 78 歳) (最高 100 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	・要介護の認定を受けた方で、「認知症」と診断された方・入院が不必要となった方・少人数による共同生活ができる方
退居に当たっての条件	・ご契約者が入院された場合・介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合・契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
開設以来の退居者数	人数 (13) 人 主な理由 ・発熱の為入院 (協力医療機関) ・両変形膝関節症により下肢機能低下の為入院 (協力医療機関) ・ () ・ ()

9) その他

協力医療機関名	医療法人愛郷会 笠利病院
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 (4 月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 奄美市福祉部介護保険課・いきいき健康課包括支援センター・奄美市社会福祉協議会笠利支所・笠利病院院長・里集落区長・家族会会長、副会長・民生員・居宅支援事業所とけいそう
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 <input 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 type="checkbox"/> 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 19 年 6 月 7 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。