

(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 年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム和みの家	<u>事業主体名</u>	有限会社 辛卯
		<u>代表者名</u>	井ノ上 和代
		研修の受講状況	<input 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 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

日常生活における援助活動等を行うことにより認知症状の進行を穏やかにし、認知症高齢者が精神的に安定して健康で明るい生活を送れるよう支援する事目的としている。地域との交流を図り、利用者の「回復」「自立」を促すようにサービスの提供に努める。

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>	〒 893-0008 鹿屋市西大手町8190-1 TEL 0994-40-7855 FAX 0994-40-7866		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	鹿屋バスセンターより徒歩5分		
開設年月日	昭和・平成 年 月 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 type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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 (508.56) m ² 延床面積 (496.92) m ² 1室当たりの居室面積 (10.06) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input 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>		(33000) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input 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		
②お む つ 代		
③そ の 他		
・ 布団リース代	月額 (現金又は銀行口座振込み)	1 5 0 0 円
・ 光熱費	月額 (現金又は銀行口座振込み)	7 5 0 0 円
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (17 名) (男性 (3 名) 女性 (14 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 (4 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (2 名) 要介護5 (2 名) 要支援2 (0 名)
	年齢 (平均 84 歳) (最低 76 歳) (最高 95 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	①要支援2以上の介護認定を受けている事 ②集団生活が可能であること ③感染性の疾患がないこと
退居に当たっての条件	①介護認定で要支援1または自立になったとき ②心身の状況が集団生活に適さない状況になったとき ③本人・家族が退去を希望したとき ④利用料を3ヶ月以上入金しなかったとき
開設以来の退居者数	人数 (8) 人 主な理由 退居先 ・ 入院治療が必要となった (病院) ・ 精神的に不安定で家族が自宅療養を希望 (自宅) ・ 環境に馴染めなかった (他グループホーム) ・ () ・ ()

