

(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8月24日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームゆめ	<u>事業主体名</u>	医療法人財団浩誠会
		<u>代表者名</u>	杉安 浩一郎
		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(前田 繁) 役職(管理者)

2) 事業の目的及び運営の方針

何らかの認知状態がみられても、人は穏やかにその人らしく生きていく権利がある。グループホームゆめは、人間の限りない可能性を信じ、認知症の進行予防・自立支援・生活支援を通じて豊かな生活をめざします。

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>	〒899-4201 鹿児島県霧島市霧島田口2143番地 TEL 0995-57-2077 FAX 0995-57-2076		
交通の便(最寄りの交通機関等)	日豊本線霧島神宮駅より車で8分。林田バス霧島杉安病院前バス停下車、徒歩5分。鹿児島空港より車にて30分		
開設年月日	平成14年10月 1日	<u>ユニット数</u>	(2) ユニット 利用定員(18)人
		<u>と利用定員</u>	
<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>	霧島杉安病院(通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・介護療養型医療施設)・介護老人保健施設きりしま・訪問看護ステーションあんしん・ヘルパーステーションすぎやす・居宅介護支援事業所すぎやす		

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>	(木造平屋建コロニアル葺き)造り (1階建ての1階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積()m ² 延床面積(466.53)m ² 1室当たりの居室面積(9.9)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>		(840円/1日*30日=25,200)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 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 (210)円	昼食 (315)円
		夕食 (420)円	おやつ ()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			
管理費	毎月10日までに前月分請求書を作成し月の25日までに支払い	315円	

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (2名) 女性 (16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 (2名) 要介護2 (7名) 要介護3 (6名) 要介護4 (2名) 要介護5 (1名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 81.2歳) (最低 64歳) (最高 92歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護認定により要支援2から要介護5認定された要介護者であり、主治医の診断書等により認知症の状態であるとの診断がある者、また、入院や治療を必要としない状態が安定している者。
退居に当たっての条件	① 入居者の症状や心身の状態等の悪化により、入院や治療を必要とする状態になった場合。 ② 入居者の認知の進行に伴い、著しい精神症状や行動異常があり、九共同生活が困難な状態となった場合。 ③ 利用者が要介護認定により自立・要支援1と認定された場合。
開設以来の退居者数	人数 (49) 人 主な理由 ・健康状態悪化のため (併設医療機関) ・リハビリ目的 (老人保健施設) ・専門治療 (他医療機関) ・経済的理由 (有料老人ホーム) ・在宅復帰 (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 ツ ト 名 A	総数	(8 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 6 名) (兼務 2 名) } 常勤換算 (3.8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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	<u>管理者</u> 氏名 (前田 繁)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 居宅介護支援事業所すぎやす) 資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (10年 9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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 <input type="checkbox"/> 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> 氏名 (水上なつみ)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (2年 9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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (2名) 看護師 (1名) その他 (介護職員) (3 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 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 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 管理者兼務の為 ③ 常勤職員の交代回数 (3) 回 (理由)	

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 B	総数	(7 名)
		(内数) ・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) } 常勤換算 (3.2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
<u>管理者</u> 氏名 (前田 繁)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 居宅介護支援事業所すぎやす) 資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (10年 9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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 <input type="checkbox"/> 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> 氏名 (宮永 久子)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (16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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (2名) 看護師 (1名) その他 (介護職員) (4 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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	① 管理者の交代回数 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (0) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (2) 回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	霧島杉安病院・宮内皮ふ科クリニック・中村歯科医院
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 checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 霧島杉安病院)
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (3月に 1回) メンバー構成 (役職等) 町田 五男 (霧島市霧島民生児童委員協議会) 造免 和子 (認知症の人と家族の会・副会長) 有馬 ひみ (入居者家族代表) 杉安 ひろみ (医療法人財団浩誠会 介護老人保健施設きりしま・施設長) 前田 繁 (ゆめ管理者)
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。)	市長村の認知症介護相談に関する情報交換ならびに提供を行う。 また、町主催の認知症介護に関する研修会へ、積極的に参加して いく。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (8時～ 21時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)市に受け入れ申し込み中。 <input 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 9 月 5 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。