

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>	グループホーム紫原	<u>事業主体名</u>	有限会社 ドリーム・ミソノ
		<u>代表者名</u>	味園 正道
		研修の受講状況	受講済 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名( 久保 良子 ) 役職( 管理者 )

2) 事業の目的及び運営の方針

- 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で、心身の機能能力を行う事により、個人の尊厳と可能性を最大限に引き出し、可能な限り自立した生活が営めるよう支援する。
- 認知症(痴ほう)高齢者の家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。

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>		〒890-0082 鹿児島県鹿児島市紫原四丁目34番31号 T E L (099)-250-2643 F A X (099)-250-2644	
交通の便(最寄りの交通機関等)		市営バス(15番線) 停留所『紫原』下車 徒歩 2分	
開設年月日	平成16年10月8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>		なし	

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	単独型	併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨造り陸屋根)造り	( 2階建ての 1・2階部分 )
<u>広 さ</u>	敷地面積( 656.61 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積( 13.3 ) m <sup>2</sup>	延床面積( 660.9 ) m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>	有	無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		( 33,000 ) 円
敷金		有 ( ) 円 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		有 ( ) 円 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 ( 300 ) 円 昼食 ( 400 ) 円 夕食 ( 400 ) 円 おやつ ( 0 ) 円 又は1日 ( 1,100 ) 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	お小遣い預かり金より	実費相当額
おむつ代	ご家族が持参しても構いませんが、その他必要となった際は相談に応じます。	実費相当額
高熱水費	利用料と一緒に請求致します。	1日 600円
その他	・前各号に掲げるものの他、ホーム内での日常生活において必要となる物品を個々で負担していただくか、または準備できない場合は説明のうえ同意を得て、事業所にて準備し、実費相当額を徴収いたします。なお、負担するものの詳細については右記の通りとなっています。	・実費相当額 ・個人が負担するもの【歯ブラシ、歯磨き粉、箱ティッシュ、石鹸、シャンプー、リンス等】 ・事業所が負担するもの【トイレトーパー、洗濯洗剤、箱ティッシュ(共有箇所)等】

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>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</p>	<p>利用人数 ( 18名 ) ( 男性 ( 3名 ) 女性 ( 15名 ) )</p> <hr/> <p>要介護1 ( 6名 ) 要介護2 ( 2名 ) 要介護3 ( 7名 )          要介護4 ( 3名 ) 要介護5 ( 0名 ) 要支援2 ( 0名 )</p> <hr/> <p>年齢 ( 平均 81 歳 ) ( 最低 54 歳 ) ( 最高 94 歳 )</p>										
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 寝たきり等主に身体的な介助が必要な方は、入居できない場合があります。</li> <li>2 契約、費用負担、緊急時の連絡、疾病による医療機関入院手続き、退居手続き等を円滑にとっていただく為の身元引受人を家人の中からお一人お願いしています。</li> </ol>										
<p>退居に当たっての条件</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 正当な理由なく利用料、その他自己の支払うべき費用を3か月以上滞納したとき。</li> <li>2 伝染病・感染症等の疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、退居の必要があるとき。</li> <li>3 甲の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、甲に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</li> </ol>										
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 ( 17 ) 人</p> <p>主な理由</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">・入院</td> <td style="width: 40%;">( 病院 )</td> </tr> <tr> <td>・主治医が遠い</td> <td>( 他グループホーム )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>( )</td> </tr> </table>	・入院	( 病院 )	・主治医が遠い	( 他グループホーム )	・	( )	・	( )	・	( )
・入院	( 病院 )										
・主治医が遠い	( 他グループホーム )										
・	( )										
・	( )										
・	( )										

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。)

あ じ さ い )	総数	( 9 名 ) (内数)・常勤(専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算( 7.4名) ・非常勤( 4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)(296.0時間)÷40時間=常勤換算数(7.4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	専任 兼務(兼務の施設 ) 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	管理者 氏名(久保 良子)	専任 兼務(兼務の施設 しょうぶ ) 資格(看護師 ) 認知症介護の経験年数( 12年 1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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 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 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症GH大会)(認知症ケア、地域密着型GHケアから見てきたもの)
	計画作成担当者 氏名(久保 良子)	介護支援専門員資格 有 無 他の資格(看護師 ) 認知症介護の経験年数( 12年 1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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症GH大会)(認知症ケア、地域密着型GHケアから見てきたもの)
その他の職員	資格 介護福祉士( 3名) 准看護師( 1名) その他(ヘルパー)(3名) 無資格(1名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 5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) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症と明るく生きる ) 受講済者( 1名) ( ) 受講済者( 名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 ( 0 )回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ( 0 )回 (理由) 常勤職員の交代回数 ( 1 )回 (理由)退職	

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。)

し よ う ぶ	総数	( 9 名 ) (内数)・常勤(専任 5名) (兼務 1名) 常勤換算(7.4名) ・非常勤( 3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)(256.0時間)÷40時間=常勤換算数(6.4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	専任 兼務(兼務の施設 ) 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	管理者 氏名(久保 良子)	専任 兼務(兼務の施設 あじさい ) 資格(看護師 ) 認知症介護の経験年数( 12年 1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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 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 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症GH大会)(認知症ケア、地域密着型GHケアから見てきたもの)
	計画作成担当者 氏名(岡 靖子)	介護支援専門員資格 有 無 他の資格(介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数( 4年 10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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 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( 1名) 准看護師( 1名) その他(ヘルパー) ( 5名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 3年 1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 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症と共に生きる) 受講済者( 1名) (グループホーム給食担当者研修会) 受講済者( 1名)	
職員の交代状況	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)退職 常勤職員の交代回数 ( 1 )回 (理由)退職	

9) その他

協力医療機関名	野井倉内科クリニック 田中整形外科クリニック 磯橋歯科
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	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	有 無 開催状況( 2月に 1回 ) メンバー構成(役職等) 管理者 計画作成担当 民生員 町内会長
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。)	定期的に年間・月間行事予定表をお渡ししている。
入居者家族会等の有無	有 無
家族の面会時間の設定の有無	有( 時~ 時) 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	有(具体的に記入してください。)
	無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 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。