

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10月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム笹貫の家	<u>事業主体名</u>	有限会社 友星メディカル
		<u>代表者名</u>	中村 奈美子
		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

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事を目的とします。この事業において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。

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>	(〒891-0114) 鹿児島県鹿児島市小松原一丁目1番2号 TEL 099-268-2627 FAX 099-268-2636		
交通の便(最寄りの交通機関等)	笹貫電停		
開設年月日	昭和・平成 16年 7月15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>			

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>	(鉄骨)造り	(2階建ての1・2階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積(503.51)m ²	延床面積(612.60)m ² 1室当たりの居室面積(12.18)m ²
<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(月額)</u>		(30,000)円	1日 1,000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(300)円 夕食(400)円 又は1日(1,100)円	昼食(400)円 おやつ()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
その他			
・水道光熱費	利用日数につき1日600円を利用料とともに振込んでいただきます。		実費相当額

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態 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	利用人数(18名) (男性(3名)女性(15名))
	要介護1(6名) 要介護2(6名) 要介護3(4名) 要介護4(2名) 要介護5(0名) 要支援2(0名)
	年齢(平均 85歳) (最低 72歳) (最高 103歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	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。 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一人お願いしています。
退居に当たっての条件	1、正当な理由も無く利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納した時。 2、伝染病、感染症等疾患により、他の利用者の生活又は、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、その必要がある時。 3、他の利用者の生活又は、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、通常の介護方法では、これを防止できない時。 4、故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない時。
開設以来の退居者数	人数 (12)人 主な理由 ・ 身体的精神的に医療が必要となる (病院) ・ () ・ () ・ () ・ ()
	退居先 () () () () ()

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。)

() 1 F ()	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算(6.9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)(257時間)÷37.5時間=常勤換算数(6.9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) 夜勤(1 名) 宿直(0 名)
	管理者 氏名(<u>喜山優子</u>)	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 2F) 資格(介護支援専門員 ・ 介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9 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) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名(<u>喜山優子</u>)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9 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) <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 () ()
その他の職員	資格 介護福祉士(1 名) 看護師(1 名) 保育士(1 名) 社会福祉主事(2 名) ヘルパー2級(2 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 3 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 () 受講済者(名) () 受講済者(名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (2) 回 (理由)一身上の都合 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由)一身上の都合 常勤職員の交代回数 (5) 回 (理由)一身上の都合	

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) 2F ()	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算(7.22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(269.5時間)÷37.5時間=常勤換算数(7.22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(<u>喜山優子</u>)	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 1F) 資格(介護支援専門員 ・ 介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9 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) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名(<u>藤川貴司</u>)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(8 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 () ()
その他の職員	資格 介護福祉士(1名) 准看護師(1名) 栄養士(1名) ヘルパー2級(3名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 3 年 3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 () 受講済者(名) () 受講済者(名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (2)回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 (2)回 (理由) 常勤職員の交代回数 (1)回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	医療法人 司誠会 野上病院 医療法人 春風会 田上記念病院 西歯科医院 財団法人 慈愛会 愛と結の街 社会福祉法人 清谿園
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無 開催状況(2 月に 1 回) メンバー構成(役職等) 入居者・家族・民生委員・包括支援センター職員 管理者・計画作成担当者・職員
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。)	介護相談員の受入れ 介護保険課・高齢者福祉課・生活保護課 鹿児島市社会福祉協議会
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 ^{注)} 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。) 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 4 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。