

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(平19年10月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームあんずの家	<u>事業主体名</u>	医療法人杏林会
		<u>代表者名</u>	丸田修士
		研修の受講状況	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

認知症高齢者が小規模な生活の場で少人数9名を単位とした共同生活の形態で、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフが入居者と共に共同で行い、一日中家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより、認知症状の進行を穏やかにし、家庭介護の負担を軽減します。

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
- 短期利用型共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒986-0016 鹿児島県いちき串木野市桜町39-1 TEL 0996-32-8111 FAX 0996-32-8111		
交通の便(最寄りの交通機関等)	JR串木野駅から徒歩5分 林田バス串木野停留所から徒歩3分		
開設年月日	平成15年8月18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 checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄筋)造り (2階建ての1階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積(1,170.21)m ² 延床面積(653.5)m ² 1室当たりの居室面積(10.03)m ²
<u>二人部屋の有無</u>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		(30,000)円	
敷金		有()円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input checked="" type="checkbox"/> 有(30,000)円 無	
	有りの場合 保全措置の内容	退居時、居室のリフォーム費用充当	
	有の場合償却の有無	有(期間:)	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食()円 夕食()円 又は1日(900)円	昼食()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	請求書を渡しその都度徴収		実費
おむつ代	請求書を渡しその都度徴収		実費
その他			
・水道光熱費	月額請求		12,000円/月
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数(18名) (男性(1名)女性(17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(7名) 要介護2(6名) 要介護3(3名)	
	要介護4(2名) 要介護5(名) 要支援2(名)	
	年齢(平均 84,3 歳) (最低 74歳) (最高 92歳)	
利用に当たった条件	要支援2以上であって認知症の状態であり、かつ次の各号を満たすものとする。 1、共同生活を営むことに支障がないこと。2、自傷他害の恐れがないこと。 3、常時医療機関において治療する必要がないこと。	
退居に当たった条件	1、入居に当たって非該当者。 2、入居者または扶養義務者が、退去を申し出た時。 3、利用料の滞納があり、契約の解除通告をし、予告期間が満了した場合。 4、常時医療機関の治療を必要とした場合または入院期間が長期にわたる場合。	
開設以来の退居者数	人数 (19)人 主な理由 ・他のグループホームへの転居 (他グループホーム) ・他施設へ入所 (養護老人ホーム) ・入院 (病院) ・グループホームの生活に納得されず (自宅) ・死亡 ()	

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。)

(株) 林	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算(6.6名) ・非常勤(1 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)(267時間)÷40時間=常勤換算数(6.6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(境田ヒサエ)	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員 介護福祉士) 認知症介護の経験年数(4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) <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 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 () ()
	計画作成担当者 氏名(境田ヒサエ)	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(4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) <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(2名) 看護師(1名) その他(ヘルパー2級) (5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) 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 () 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 ()回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 ()回 (理由) 常勤職員の交代回数 ()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。)

() 名 () 杏 ()	総数	(9 名) (内数)・常勤(専任 8名) (兼務 1名) 常勤換算(6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)(243時間)÷40時間=常勤換算数(6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)
	<u>管理者</u> <u>氏名(境田ヒサエ)</u>	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格() 認知症介護の経験年数(4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) <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 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 () ()
	<u>計画作成担当者</u> <u>氏名(迫山泰弘)</u>	介護支援専門員資格 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(4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) <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(3名) 看護師(名) その他(ヘルパー2級) (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) 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 () 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 ()回 (理由) 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由)病気療養の為 常勤職員の交代回数 (2)回 (理由)・同法人内の移動	

9) その他

協力医療機関名	・丸田病院・丸田歯科クリニック
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 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(3月に 1回) メンバー構成(役職等) ・桜町公民館館長 ・桜町公民館主事 ・民生児童委員 ・利用者家族代表 ・地域包括支援センター職員 ・丸田病院居宅介護支援事業所職員
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。)	
入居者家族会等の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 18年 11月 8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。