

( 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10月30日 現在 )

1 ) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム 「ゆうゆう」	<u>事業主体名</u>	医療法人 松城会
		<u>代表者名</u>	岩城 政秋
		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 ( ) 役職 ( )

2 ) 事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者が家庭的な環境と落ち着いた雰囲気の中で共同生活を営み、介護スタッフによる食事・掃除・買物・炊事などの家事援助を受けながら自立した日常生活を送ることで、認知症状の安定と改善を図り、自分らしい健やかな暮らしを提供することを目的とします。

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>	〒899-5111 鹿児島県霧島市隼人町姫城一丁目276番地 TEL 0995-44-6180 FAX 0995-44-6212		
交通の便(最寄りの交通機関等)	JR日当山駅より車で3分		
開設年月日	昭和・平成13年3月30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>	単独型	併設型
<u>建物構造</u>	( 鉄骨 ) 造り	( 1階建ての 1階部分 )
広さ	敷地面積 ( 798.57 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 1号館 : 356.46 2号館 : 279.63 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 1号館 : 12.0 2号館 : 9.72 ) 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>		( 1号館 : 36,000 2号館 : 30,000 )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 夕食 ( 400 )円 又は1日 ( )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	-		-
おむつ代	実費(月末締め翌月10日に請求)		50円
その他			
・リハビリパンツ	"		150円
・尿取りパット	"		30円
・ビッグパット	"		80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 ( 0名 ) 女性 ( 18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 ( 3名 ) 要介護2 ( 5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 )
	年齢 ( 平均 88歳 ) ( 最低 73歳 ) ( 最高 97歳 )
<u>利用に当たっての条件</u>	<p>入居対象は、65歳以上の認知症が認められる方で、要介護認定を受けた次のいずれに該当する者とします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身の回りのことがある程度自立しており、共同生活を送るのに支障がないこと。( 極端な暴力行動や自傷行為がある等共同生活を送ることが難しい者は除く )</li> <li>・健康上において、医療機関での治療や療養の必要がないこと。</li> </ul>
<u>退居に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が介護保険の定める要介護認定において、要支援1または非該当 ( 自立 ) の判定を受けた場合。</li> <li>・当事業所が開催するサービス担当者会議において、在宅あるいは他の私設利用が望ましいとの判断に基づき、利用者と合意した場合。</li> <li>・入居者に健康上の問題が生じ、医師が医療機関への入院が必要と診断し、2週間以上の治療または療養が必要と認めた場合。</li> </ul>

開設以来の退居者数	人数 ( 37 )人 主な理由 ・病気による入院 ・ADL低下による生活基盤の変更 ・" ・介護認定更新に伴う要支援 ・認知症状の改善 ・" 	退居先 ( 医療機関 ) ( 特別養護老人ホーム ) ( 介護付有料老人ホーム ) ( 在宅 ) ( 介護老人保健施設 ) ( 軽費老人ホーム ) 
-----------	---	---

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。)

( ) 「( )」 「( )」 ( )	総数	( 10 名) 管理者は1・2号館兼務 (内数)・常勤(専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算(8.9名) ・非常勤( 2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	専任 兼務(兼務の施設 ) 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	<u>管理者</u> <u>氏名(村岡 宏章)</u>	専任 兼務(兼務の施設 ) 資格( 看護師・介護支援専門員・臨床検査技師 ) 認知症介護の経験年数( 7年 8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 ( ) ( )
	<u>計画作成担当者</u> <u>氏名(村岡 宏章)</u>	介護支援専門員資格 有 無 他の資格( 看護師・介護支援専門員・臨床検査技師 ) 認知症介護の経験年数( 7年 8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) 看護師( 名) その他(ホームヘルパー等) ( 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 (認知症ケア専門士認定試験) 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 ( 1 )回 (理由)退職 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 ( 8 )回 (理由)法人内・ユニット間の異動	

( ) ゆいゆい2号館 ( )	総数	( 9 名 ) 管理者は1・2号館兼務 (内数)・常勤(専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算(8.4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)( 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	専任 兼務(兼務の施設 ) 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	<u>管理者</u> 氏名(村岡 宏章)	専任 兼務(兼務の施設 ) 資格(看護師・介護支援専門員・臨床検査技師 ) 認知症介護の経験年数( 7年 8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 ( ) ( )
<u>計画作成担当者</u> 氏名(福重まり子)	介護支援専門員資格 有 無 他の資格(看護師・介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数( 7年 7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( 3名) 看護師( 1名) その他(ホームヘルパー等) ( 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) 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 ( 1 )回 (理由)退職 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 ( 5 )回 (理由)法人内・ユニット間の異動	

9) その他

協力医療機関名	医療法人松城会 隼人温泉病院
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ヶ月に1回) メンバー構成(役職等) ・自治会代表(会長) ・老人クラブ代表 ・民生委員 ・自治体代表(地域包括支援センター職員) ・利用者代表(入居者・家族・遺族) ・医療法人代表(事務長) ・グループホーム代表(管理者・計画作成担当者・事務)
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 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 19 年 1 月 27 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。