

(別紙1)

認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成19年2月1日)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホーム サンライト	事業主体名	社会福祉法人 陽光会
		代表者名	肥後 武史
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 (穂満 いずみ) 役職 (管理者)

2) 事業の目的及び運営の方針

当事業所では、要介護者であって認知症の状態にある者について、共同生活住居で家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。

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

所在地及び連絡先	〒892-0875 鹿児島市川上町570-297 TEL099-295-7878 FAX099-295-7676		
交通の便(最寄りの交通機関等)	県道鹿児島吉田線みやこ迫バス停より徒歩5分		
開設年月日	昭和・平成18年4月1日	ユニット数 と利用定員	(1) ユニット 利用定員 (9) 人
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。)			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (8名) (男性 (3名) 女性 (5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 (名) 要介護2 (3名) 要介護3 (2名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名) 要支援2 (名) 年齢 (平均 85.9歳) (最低 75歳) (最高 92歳)
利用に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にある者
退居に当たっての条件	事業所内での生活が困難であると認められた者
開設以来の退居者数	人数 (4) 人 主な理由 ・ 入院加療の為 (病院) ・ ADLレベルの回復 (自宅) ・ 費用軽減等含む理由 (特養) ・ () ・ ()

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)	総数	(7名) (内数)・常勤(専任 5名) (兼務 名) ・非常勤 (2名) 常勤換算 (6.55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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	管理者 氏名(穂満 いずみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(ヘルパー1級) 認知症介護の経験年数(3年 2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-研修) <input 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 () ()
	計画作成担当者 氏名()	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(6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 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダ-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 () () ※別紙1-1(再掲)へ記入有
	その他の職員	資格 介護福祉士 (0名) 看護師 (1名) その他(ヘルパー2級) (1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-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) ※別紙1-1(再掲)へ記入有
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1)回 (理由) 法人内異動 ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由) 法人内異動 ③ 常勤職員の交代回数 (5)回 (理由) 法人内異動 自己都合	

9) その他

協 力 医 療 機 関 名	医療法人 厚仁会 肥後クリニック
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称) ※別紙1-1 (再掲) へ記入有
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (2月に 1回) メンバー構成 (役職等) 法人理事、評議員、地域民生委員、入居者家族、入居者、職員 ※別紙1-1 (再掲) へ記入有
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時~ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 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 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)

- 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。

※別紙1-1 (再掲)

(認知症高齢者グループホームに係る情報提供票の補足として使用してください。)

<p>5) 建物の概要 広 さ</p>	<p>1室当たりの居室面積 (9.0) m² 最小値 (9.0) m² 最大値 (9.0) m²</p>
<p>8) 職員の概要 計画作成者 (介護支援専門員の場合)</p>	<p><input type="checkbox"/>勤務形態 <input type="checkbox"/>常 勤 <input checked="" type="checkbox"/>非常勤</p>
<p>その他の職員の 研修受講状況</p>	<p>認知症介護に関する研修の今年度受講者数 (見込みの者を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/>受講者 (2名) (実践リ-ガ-研修) <input type="checkbox"/>受講者 (名) ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/>受講者 (名) ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修 <input type="checkbox"/>受講者 (名) ・ 認知症対応型サービス管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/>受講者 (1名) <p style="text-align: right;">計 (2名)</p>
<p>9) その他 医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input type="checkbox"/>職員として配置 (契約により確保する場合も含む)</p> <p><input type="checkbox"/>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>常 勤 (名) <input type="checkbox"/>非常勤 (名) <p><input type="checkbox"/>准看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>常 勤 (1名) <input type="checkbox"/>非常勤 (名) <p><input type="checkbox"/>契約により確保している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>契約先 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>訪問看護ステーション <input type="checkbox"/>病院・診療所 <input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>包括払い <ul style="list-style-type: none"> 1ヶ月の総額での支払いとしている場合 <input type="checkbox"/>利用実績による出来高払い <ul style="list-style-type: none"> 1ヶ月の出来高払いでの支払いとしている場合

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成 19年 2月 1日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 グループホーム サンライト

3) 組織の概要

開設年月日	昭和・平成 18年 4月 1日	利用定員	(9) 人
-------	-----------------	------	---------

4) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	()造り (階建ての 階部分)
広さ	延床面積()㎡ 室あたりの居室面積 ()㎡
二人部屋の有無	有() 無() 該当する方に○を付けて下さい。

5) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	() 円
保証金の有無(入居時一時金)	有() ()円 無()
有の場合償却の有無	有() 期間() 月(○)

該当する方に○を付けて下さい。

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(8)名 (男性(3)名 女性(5)名)
	要介護1()名 要介護2(3)名
	要介護3(2)名 要介護4(3)名
	要介護5()名
	年齢(平均 歳) (最低 歳) (最高 歳)

新築(<input checked="" type="radio"/>)	改築()築()年	該当する方に○を付けて下さい。
--	------------	-----------------

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ () 名 ランクA (2) 名 ランクB (6) 名 ランクC () 名	・アルツハイマー () 名 ・脳血管性痴呆 (2) 名 ・老年期痴呆 (6) 名 ・その他 () 名	
痴呆度	ランクI (1) 名 ランクIIa () 名 ランクIIb (2) 名 ランクIIIa (3) 名 ランクIIIb (1) 名 ランクIV (1) 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	人数(4)名
	理由 退居先
	・入院加療 (病院)
	・ADLLレベルの回復 (自宅)
	・費用負担軽減等 (特養)

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (1) 回 (理由: 同系列の施設に異動、自己都合による退職)
	②ホーム長の交代回数(注1参照) (1) 回 (理由: 同系列の施設に異動、自己都合による退職)
	③常勤職員の交代回数 (5) 回 (理由: 同系列の施設に異動、自己都合)