

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4月1日)

1) 事業主体の概要

事業所名	千寿園ケアホーム	事業主体名	医療法人 世光会
		代表者名	伊藤 令子
		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 ( ) 役職 ( )

2) 事業の目的及び運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適当に行なう。

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

所在地及び連絡先		〒891-0402 鹿児島県指宿市十町2523番地 TEL (0993)-24-3300 FAX (0993)-23-4628	
交通の便 (最寄りの交通機関等)		JR二月田駅より 徒歩10分	
開設年月日	平成12年 6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。)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊藤病院と密接に連携し、身体不調のある場合には直ちに受診可能。医師の指導の下、医学的助言・治療・介護を受けることができる。</li> <li>・軽費老人ホーム千寿園の行事・催し物・クラブ活動 (踊り・三味線・歌謡) に参加できる。</li> </ul>	

5) 建物の概要

建 物 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建 物 構 造	( 鉄筋 ) 造り ( 2 階建ての 1 階部分)
広 さ	敷地面積 ( 763.10 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 359.89 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 15 ) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家 賃 (月額)	( 33,000 ~ 53,000 ) 円	
敷 金	<input type="checkbox"/> 有 (                      ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
保証金の有無(入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (期間:                      ) <input type="checkbox"/> 無
食 材 料 費	朝 食 (                      ) 円      昼 食 (                      ) 円 夕 食 (                      ) 円      おやつ (                      ) 円 又は1日 ( 1,680 ) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
①理 美 容 代	自己負担 預かり金より	近所の玉利美容室ご利用の場合 カット2,000円 その他利用者それぞれの馴染みの 美容室へ送迎支援している。 パット・パーマ代金は利用の店舗 によって異なる
②お む つ 代	自己負担 預かり金より	1枚あたり33~120円程度 種類・サイズ、購入店にて異なる
③そ の 他	光熱費 毎月の利用料(居室料・食材費)と共に 指定口座より自動引落	
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 9 名) (男性 ( 0 名) 女性 ( 9 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 ( 4 名) 要介護3 ( 2 名) 要介護4 ( 0 名) 要介護5 ( 0 名) 要支援2 ( 0 名)  年齢 (平均 86 歳) (最低 74 歳) (最高 96 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護1～5 認知症の方
退居に当たっての条件	共同生活困難な時
開設以来の退居者数	人数 ( 18 ) 人 主な理由 ・ 入院 ・ 転園 (軽費老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム) 退居先



<p>その他の職員</p>	<p>資格 介護福祉士 ( 1 名) 看護師 ( 1 名)          その他 (介護支援専門員) ( 1 名)          (ヘルパー2級) ( 5 名)          (レクリエーションインストラクター) ( 1 名 )</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数 ( 4 年 6 か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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              (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</li> <li>・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</li> <li>・ 上記の研修の他に受講した研修名              全国認知症グループホーム大会・認知症ケアセミナー              認知症高齢者の理解とケア・医療福祉連携と在宅ケア研究会              甲種防火管理者資格取得講習会・認知症高齢者ケア研修              南薩地区グループホーム協議会スタッフ研修会              受講済者 ( 各 1 名 ずつ)</li> </ul>
<p>職員の交代状況</p>	<p>① 管理者の交代回数 ( 0 ) 回          (理由)</p> <p>② 計画作成担当者の交代回数 ( 0 ) 回          (理由)</p> <p>③ 常勤職員の交代回数 ( 2 ) 回          (理由) 家族の介護</p>

9) その他

<p><u>協力医療機関名</u></p>	<p>伊藤病院 宮崎歯科</p>
<p>医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置  <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 )</p>
<p>運営推進会議の設置状況</p>	<p><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)          指宿市役所国保介護課長          玉利地区公民館長          ご家族代表          ご利用者代表          グループホーム管理者・計画作成担当者 等</p>
<p>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。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市役所国保介護課長へ運営推進委員を委嘱している</li> <li>・ 年に4度発行のホーム便りを市役所へ届け、窓口へ置かせていただいている。</li> <li>・ 市役所国保介護課へ当ホームにおける苦情・相談の窓口を依頼し、利用者・家族へ紹介している。</li> <li>・ ボランティア希望者があれば当ホームへ紹介していただけるよう市役所・公民館長へ依頼している。</li> </ul>
<p>入居者家族会等の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>

家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（ 8 時～ 20 時） <input type="checkbox"/> 無 ※時間外でも事前の電話連絡にて対応させていただきます
介護相談員 <sup>註</sup> 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 18 年 7 月 1 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。
- 4 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。