

(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4月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームおあしす	<u>事業主体名</u>	株式会社 メディコープ
		<u>代表者名</u>	代表取締役 福田 光男
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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

<p>(事業の目的)</p> <ul style="list-style-type: none">・本事業は、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訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。 <p>(運営の方針)</p> <ul style="list-style-type: none">・本事業所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、解釈通知、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。・利用者が自分らしく生活できる環境づくりを第一に考え、みんなで楽しく生活できるホームを目指す。・利用者一人ひとりの人権と個性、思い出を大切にし、協同と助け合いの精神を大切にするホームづくりを目指し、また、利用者と家族、事業所と家族の結びつきを深め強めるよう努める。・利用者の人格とその思い出を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境のもとで日常生活が送られるように努める。・利用者の認知症症状の進行を緩和、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についてその目標を設定し、計画的に介護を行う。また、パワーリハビリテーションにより介護予防、自立回復を目指す。・利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等は行わない。・利用者に対して、懇切、丁寧、公正を基本とし、サービス提供方法など分かりやすい説明に努める。・地域の行事や活動に利用者と従業者が積極的に参加し、地域密着型の運営に努める。・事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。・常に提供したサービスの質の管理、評価を行うよう努める。
--

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

<input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 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>		〒891-0141 鹿児島県鹿児島市谷山中央六丁目27番5号 TEL 099(263)1771 FAX 099(263)1772	
交通の便（最寄りの交通機関等）		JR指宿枕崎線「慈眼寺駅」 徒歩10分 鹿児島交通6番線「恵比須北」バス停 徒歩1分	
開設年月日	平成17年8月3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>		ありません。	

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 (3階建ての1, 2, 3階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積 (344.39) m ² 延床面積 (534.37) m ² 1室当たりの居室面積 (9.96m ² : 8室, 10.05m ² : 6室, 10.14m ² : 4室)
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 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 (日額 1,000円)	
敷金	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>	<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
<u>食材料費</u>	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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	月ごとに他の利用料と併せて徴収	実費相当額
②おむつ代	月ごとに他の利用料と併せて徴収	実費相当額
③その他		
・光熱水費	月ごとに他の利用料と併せて徴収	400円 (日額)
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数（ 18名） （男性（ 5名）女性（ 13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（ 2名） 要介護2（ 8名） 要介護3（ 6名） 要介護4（ 1名） 要介護5（ 1名） 要支援2（ 名） 年齢（平均83.8歳） （最低 65歳） （最高 96歳）
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護者であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者 （1）少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 （2）自傷、他害のおそれがないこと。 （3）医療機関において常時治療をする必要がないこと。
退居に当たっての条件	次の各号に該当する時は退居してもらう場合がある。 （1）入居後利用者の状態が変化し、入居条件に該当しなくなった場合 （2）長期に施設を利用しない場合 （3）利用料等の支払いが滞った場合
開設以来の退居者数	人数（ 7）人 主な理由 ・共同生活が不可能（自宅） ・家族の都合（自宅） ・家族の都合（特別養護老人ホーム） ・入院（協力医療機関） ・家族の都合（自宅） ・入院（医療機関：主治医） ・家族の都合（介護付有料老人ホーム）

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。)

(ユニット名) 第一ユニット	総数	(8名)
		(内数)・常勤(専任 7名) (兼務 名) } 常勤換算(7.1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)(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)
<u>管理者</u> 氏名(坂下 税)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(社会福祉士、介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(7年 9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 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 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 <input 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> 氏名()	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(社会福祉士) 認知症介護の経験年数(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 type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input 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 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士(2名) 看護師(1名) その他(准看護師)(2名), (訪問介護員2級)(2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 (実践リーダー研修) <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)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1)回 (理由)退職 ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由)計画作成担当者を兼務していた管理者が退職したため。 ③ 常勤職員の交代回数 (3)回 *1回は①再掲 (理由)退職	

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) 第二ユニット	総数 (9名) (内数) ・常 勤 (専任 6名) (兼務 名) } 常勤換算 (7.2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 <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)
	<u>管理者</u> <u>氏名 (第1ユニットと兼務)</u> <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 () 認知症介護の経験年数 (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 type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 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 () ()
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名 ()</u> 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 (1年 9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 (実践リーダー研修) <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 () ()	
その他の職員 資格 介護福祉士 (2名) 看護師 (1名) その他 (訪問介護員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) <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 ・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)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1) 回 *第1ユニット再掲 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 計画作成担当者を兼務していた管理者が退職したため。 ③ 常勤職員の交代回数 (4) 回 (理由) 異動, 退職

9) その他

協力医療機関名	総合病院鹿児島生協病院、谷山生協クリニック（医科・歯科）
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 <input checked="" type="checkbox"/> 契約（契約先名称 生協訪問看護ステーションたにやま）
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） ・地区担当民生委員 ・利用者家族代表 ・利用者代表
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 checked="" type="checkbox"/> 有（ 7時～ 20時） <input 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。） 鹿児島市役所介護保険課派遣介護相談員2名受入 平成17年12月5日（月）11名の入居者と対話 平成19年3月19日（月）7名の入居者と対話
	<input 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 5月 29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。