

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報

(平成 19 年 5 月 1 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム	<u>事業主体名</u>	医療法人誠心会
	あったかハウス松元	<u>代表者名</u>	前原くるみ
		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

{認知症により低下している日常生活動作の維持改善} 「認知症による不安と精神的混乱の解消」 「自分らしく安心して生活が送れること」を目標に家族、地域、職員との優しいふれあいを大切にして家庭復帰できるようにお世話させていただきます。
--

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>		〒899-2701 鹿児島県鹿児島市石谷町1211-23 T E L 099-246-7300 FAX 099-246-7311	
交通の便（最寄りの交通機関等）		南国バス農協前より徒歩7分 南九州自動車道西回りインターより車で5分	
開設年月日	平成 15年 2月 12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)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (4820、19) m ² 延床面積 (479、94) m ² 1 室当たりの居室面積 (8、56 (8、64)) m ²
<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>		(16,500 (1日550円)) 円
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		☒ 有 (30,000) 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: 退去時) ☐ 無
<u>食 材 料 費</u>		朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (800) 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	当日個人徴収	1,500円
②お む つ 代	利用代金と一括して徴収	
③そ の 他	光熱水費 利用代金と一括して徴収	日額 300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 (3 名) 女性 (15 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 (1 名) 要介護2 (5 名) 要介護3 (6 名)
	要介護4 (6 名) 要介護5 (0 名) 要支援2 (0 名)
	年齢 (平均 86, 4 歳 (最低79 歳) (最高 97 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 要支援2以上の認定を受けている方 2. 医師の診断で認知症高齢者と認められた方 家庭での生活が困難で、おおむね身の自立が可能で共同生活を送る ことに支障のない方
退居に当たっての条件	1. グループホームでの共同生活が困難になったとき 2. 利用料の延滞が生じたとき 3. その他、契約記載事項に違反があったとき
開設以来の退居者数	人数 (24) 人 ・主な理由 退居先 ・長期入院治療が必要になった (病 院) ・共同生活が困難になった (自 宅) ・他の介護保険施設への転居 (グループホーム)

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。）

[illegible]

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。）

[illegible]

9) その他

協力医療機関名	医療法人誠心会 ゆのもと記念病院
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 月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 入居者の家族 地域の民生委員 管理者 計画作成担当者 協力病院の相談員
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。)	運営推進会議への参加を要請している。
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 ^{注)} 等の受入状況	☒ 有 (具体的にご記入下さい。) 鹿児島市より年1回派遣あり (入居者、職員相談にのっていただいています。 ☐ 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18年 6月 16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。