

(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15日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	高齢者グループホーム	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 椎原会
	金峰やすらぎ館	<u>代表者名</u>	理事長 有馬則子
		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 ( 山元 政昭 ) 役職 ( 管理者 )

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症により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および機能訓練を行う。サービスの提供にあたっては、適切な介護を実施する

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

<u>所在地及び連絡先</u>	〒 899-3511 鹿児島県南さつま市金峰宮崎3992番地1 TEL 0993-58-4075 FAX 0993-58-4076		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	鹿児島交通 阿多バス停留所 (本町) から徒歩3分		
開設年月日	平成16年5月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(02) 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>	無し		

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>	( 木造平屋 ) 造り ( 階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 1847.47 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 483.84 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 9.9 ) m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

高齢者グループホーム金峰やすらぎ館

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		( 24800 ) 円 ( 31日 )
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 ( 250 ) 円 昼食 ( 350 ) 円 夕食 ( 400 ) 円 おやつ ( 0 ) 円 又は1日 ( ) 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	現金支払い (預かり金より)	実費
②おむつ代	家族へ業者から請求	実費
③光熱水費	銀行口座振り込みまたは現金支払い	450円 (日額)
④その他		
・寝具、リース代	銀行口座振り込みまたは現金支払い	70円 (日額)
・医療費	現金支払い (預かり金)	実費

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 18名 ) (男性 ( 2名) 女性 ( 16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 ( 4名) 要介護2 ( 8名) 要介護3 ( 6名) 要介護4 ( 名) 要介護5 ( 名) 要支援2 ( 名)
	年齢 (平均85.10歳) (最低 75歳) (最高 92歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	家庭環境により家庭での介護が困難である方、概ね身の自立が出来ており、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	利用者が死亡したとき、退去を申し出たとき、極端な暴力行為や自傷行為等により共同生活を送ることが困難となった場合、病気のため
開設以来の退居者数	人数 ( 23 ) 人 主な理由 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病気 (骨折、疾患) その他 ( 病院 )</li> <li>・ 筋力低下のため ( 老健、療養型 )</li> <li>・ 自宅で生活可能なため ( 在宅復帰 )</li> <li>・ 重度化のため ( 特養入所 )</li> <li>・ 死亡 ( )</li> </ul>

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	( 8名)
		(内数)・常勤(専任60名) (兼務05名) } 常勤換算(95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)(38時間)÷40時間=常勤換算数(95名) 注)勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。	
さ	夜間の体制	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 さくら ) <input type="checkbox"/> 夜勤(0.5名) <input type="checkbox"/> 宿直(0.5名)
	管理者 氏名(山元政昭)	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 さくら ) 資格(介護支援専門員、介護福祉士、介護福祉主事) 認知症介護の経験年数(10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 (実践リーダー研修) <input checked="" 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 ( 県介護支援専門協議会 ) (グループホームスタッフ研修会)
く	計画作成担当者 氏名(山元政昭)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(介護支援専門員、介護福祉士、介護福祉士) 認知症介護の経験年数(10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 (介護支援専門員現任研修) (県介護支援専門協議会 )
ら	その他の職員	資格 介護福祉士(4名) 看護師(0名) その他(ホームヘルパー) (2名) 認知症高齢者のケアの経験年数(2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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <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 ( 認知症高齢者へのケアマネジメント) 受講済者(1名) ( PT、OTによる疾患別理学、作業療法) 受講済者(1名)
(	職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (0)回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (0)回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (1)回 (理由) 看護の仕事に従事

9) その他

協力医療機関名	有馬病院、阿多病院、崎元歯科医院、
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 訪問介護ステーション満天 )
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 ( 3ヶ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 中間 昭吾様 (家族代表) 御立田 徹様 (民生委員) 稲田 清文様 (自治会長) 西 節雄様 (認知症に詳しい方) 市民福祉部、介護、保険課 (大原好幸様) 入居者代表 (野田 タミ様)
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) いつでも居宅へ相談に行ったり、又来館して貰っています <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 10月 31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。