

## (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>	グループホーム武岡五丁目	<u>事業主体名</u>	鹿児島県済生会 恩賜 社会福祉法人 済生会支部 財団
		<u>代表者名</u>	業務担当理事 上田博章
		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

<p>当会が開設する「グループホーム・武岡五丁目」は、認知症の状態にあり介護を要する利用者に対して、利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活における援助等を行うことにより、認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう支援することを目的とする。</p> <p>また、共同生活住居において家庭的な環境のもとで入浴・食事・排泄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て自立した日常生活を営むことができるように努める。</p> <p>サービスの提供にあたっては、当該利用者又は、他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為をせず、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。</p>
---

## 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 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>	〒890-0031 TEL 099-282-6081 鹿児島市武岡五丁目16番23号 FAX 099-282-6081 E-mail:saiseikai-kg@po.synapse.ne.jp URL:http:// www.synapse.ne.jp/~saiseikai-kg/koukien/index.html		
交通の便（最寄りの交通機関等）	南国交通バス：武岡団地五丁目・ハイランド西バス停から徒歩1分		
開設年月日	平成14年8月5日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(1) ユニット 利用定員(9)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>	近接の利用予定施設として、鹿児島県済生会が設置している「特別養護老人ホーム 高喜苑」があり夏祭り、運動会、クリスマス会、除夜の鐘月、餅つき等の行事に参加する等。		

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>	( 鉄筋 ) 造り ( 2 階建ての 1・2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 253.23 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 354.00 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 15.30 ) m <sup>2</sup>
<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>	( 45,000 ) 円      1,500/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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( 30,000 ) 円 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 無	
<u>食 材 料 費</u>	朝 食 ( 300 ) 円      昼 食 ( 350 ) 円 夕 食 ( 350 ) 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	立替、翌月現金又は金融機関口座に振り込み	実費
②お む つ 代	立替、翌月現金又は金融機関口座に振り込み	実費
③そ の 他	立替、翌月現金又は金融機関口座に振り込み	
・レクリエーション		材料代等実費
・寝具代	翌月現金又は金融機関口座に振り込み	1,800(60円/日)
・		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>※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</p>	<p>利用人数（ 9 名） （男性（ 2 名）女性（ 7 名））</p> <p>要介護1（ 4 名） 要介護2（ 4 名） 要介護3（ 1 名） 要介護4（ 名） 要介護5（ 名） 要支援2（ 名）</p> <p>年齢（平均 83.3 歳） （最低 80 歳） （最高 87 歳）</p>
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<p>1, 要介護状態にあつて共同生活を営むことに支障のない程度の痴呆状態にあると認定を受けた方。</p> <p>2, 介護保険の利用者負担金及び家賃等の経費を毎月指定された日までに納付できる方</p>
<p>退居に当たっての条件</p>	<p>1, 要介護状態から要支援又は自立と認定された方</p> <p>2, 痴呆にともなつて著しい精神症状又は、著しい行動異常を持ち、極端な暴力行為や、自傷行為を行うおそれのある方</p> <p>3, 痴呆の原因となる疾患が集中的な治療を必要とする状態の方</p> <p>4, 介護保険の利用者負担金及び家賃等の経費が毎月指定された日までに納付されず 滞納された方</p>
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 （ 22 ） 人</p> <p>主な理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療的処置必要な為</li> <li>・ 状態改善</li> <li>・ 認知症悪化により当グループホームでは集団生活が困難</li> </ul> <p>退居先</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（ 病院 ）</li> <li>（ 自宅 ）</li> <li>（ 他グループホームに）</li> </ul>



9) その他

<p><u>協力医療機関名</u></p>	<p>※社会福祉法人<sup>恩賜</sup> 済生会鹿児島病院 財団 所在地：鹿児島市南林寺町1番11号 診療科：内科・呼吸器科・放射線科・消化器科・泌尿器科・循環器科</p> <p>※島田内科 所在地：鹿児島市武岡2丁目2番地1 診療科：内科</p> <p>※医療法人猪鹿倉会 パールランド病院 所在地：鹿児島市犬迫町2253番地 診療科：内科・神経内科・神経科・リハビリテーション科・歯科</p> <p>※医療法人緑心会 横山記念病院 所在地：鹿児島市吉野町4826-1 診療科：精神科・神経科</p> <p>※整形外科 横峰病院 所在地：鹿児島市松原町13番27号 診療科：整形外科</p> <p>※下田平歯科医院 所在地：鹿児島市堀江町16番8号 診療科：歯科</p>
<p>医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input type="checkbox"/>職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/>契約 (契約先名称 <input type="text"/> なでしこ訪問看護ステーション )</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) ・ 利用者 ・ 利用者家族 ・ 民生委員 ・ NPO法人代表・社会福祉士 ・ なでしこ訪問看護ステーション管理者 ・ 法人事業所職員 (所長・次長・管理者・計画作成担当者)</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>	
<p>入居者家族会等の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>
<p>家族の面会時間の設定の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ( <input type="text"/> 時～ <input type="text"/> 時) <input checked="" type="checkbox"/>無</p>
<p>介護相談員<sup>注)</sup>等の受入状況</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 (具体的にご記入下さい。) 年1回受け入れを行なっている</p> <p><input type="checkbox"/>無</p>

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 25 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。