

(調査様式1)

認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成18年 5月 1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	6	8	0	0	2	1	4
※グループホーム名	賀寿園グループホーム 愛									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 隆愛会					※代表者名	黒木隆之			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(目的)	現在の高齢社会の中で認知症等によって家庭での生活や介護が困難な高齢者に対して、安心して生活できる場所を提供し、また、少人数で家庭的な雰囲気の中で家事や日常生活など、慣れ親しんだ活動を行うことによって認知症など障害の症状の緩和や進行防止に努めることを目的とする
(運営方針)	認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で、その人らしく生活できるように次のような理念でケアします。 1. 慣れ親しんだ日常の生活様式が守られる生活とケアを提供します。 2. 少人数でひとりひとりの個性を重視した生活とケアを提供します。 3. 家庭的で豊かな人間関係を保ち支えあえる生活とケアを提供します。 4. 日常生活のなかで役割を持ち、その人のもてる力を発揮できる生活とケアを提供します。 5. 家族や地域住民、地域社会とのかかわりのある生活とケアを提供します。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-7104) 鹿児島県志布志市志布志町安楽2814番地			
※連絡先	電話	099-473-8186	FAX	099-473-8189
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 「水源地前」バス停 距離1km 徒歩10分			
開設年月日	平成16年4月 15日	※ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員 (18) 人	
※グループホーム 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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	都市計画法第8条第1項第1号の用途地域ではない。			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建1棟) 造り (階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2.246) m ² 延床面積 (616) m ² 1室あたりの居室面積 (9.81) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(24,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) 円 <input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (800) 円	
※その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額 (円)
①理美容代	その都度、利用者又は家族が支払い	実費
②おむつ代	同上	実費
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (1 名) 女性 (17 名)]
	要介護1 (6名) 要介護2 (3名) 要介護3 (6名) 要介護4 (3名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 83.9歳) [最低 (72歳) 最高 (95歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者が要介護認定において要介護と認定された認知症の状態の場合 ② 当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、共同生活を送ることに支障のない方で著しい暴力行為 (自傷他害行為) がないと判断された場合 ③ 利用者の病状、心身状態等が急性の状態ではなく、当施設での適切な介護保険サービスの提供を受けるに支障がない場合
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合 ② 当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合 ③ 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険サービスの提供を超えると判断された場合 ④ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を1ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合 ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会行為を行った場合 ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

(7) 職員の概要（複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること。）

ユニ ツ ト 名 一)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (6.4 名) ・非常勤 (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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (大峯洋子)	□専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(■看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員) □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数(12年 2か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格(■看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員) □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数(12年 2か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員研修会) ()
その他介護職員	資格 介護福祉士(1)名 看護師等(名) 介護支援専門員()名 その他 (ホームヘルパー2級)(5 名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) 受講済者(名) (専門課程) 受講済者(名) ・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)	
(再掲) ホーム長(注) 氏名 () 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が定められている場合に記入すること	資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員) □その他) 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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従業者に対する指揮命令権を管理者に次いで有する者を定めている場合に、その者を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

7) 職員の概要（複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること。）

ユ ニ ツ ト 名 （ 二 ）	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (6.4 名) ・非常勤 (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	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (名)
	※管理者 氏名 (大峯洋子)	■専任 □兼務 (兼務の施設名) 資格 (■看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (12 年 2 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 ■その他 ホームヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5 年 9 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 ■未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員研修会) ()
その他介護職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 (1) 名 その他 (ホームヘルパー1・2級) (4 名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 (名) (専門課程) 受講済者 (名) ・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)	
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 () 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が定められている場合に記入すること	資格 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 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 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従業者に対する指揮命令権を管理者に次いで有する者を定めている場合に、その者を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(8) その他

※提携医療機関名	手塚クリニック 横山歯科医院
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記入してください。)	・毎月、利用者名簿の提出 ・要介護状態が回復し要支援又は自立となった場合など 在宅復帰に向け、市町村や居宅支援事業所と連携を図り円滑な在宅生活が出来るよう担当者会議を開催
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (8時～ 20時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。) いつでも利用者とその家族のことなどについて、相談は 計画作成担当者が柔軟に対応できるような体制をとって いる。 <input type="checkbox"/> 無

(注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業実施要綱」(平成12年5月1日老発第473号厚生省老人保健福祉局長通知別添1)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。

(留意事項)

「※」の項目は、介護保険法施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。