

(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 12 月 10 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	5	0	9	9
グループホーム名	グループホーム てまり									
事業主体名(法人名)	医療法人松柏会					代表者名				

(2) 事業の目的及び運営の方針

目的: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等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確保し、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して生活を営むことができるよう支援することを目的とする。

運営方針: 1、本事業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、告示及び内容に沿ったものとする。2、利用者の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利用者の心身の状況を踏まえ適切なサービスを提供する。3、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者が、それぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送れるよう適切なサービスを提供する。4、常に利用者の立場に立った親切丁寧なサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成する。5、利用者及びその家族に対し、サービス内容についてわかりやすく説明したうえで、生活介護計画を交付する。6、常に提供しているサービスの質の管理、評価を行うとともに定期的に外部の者による評価を受けて常にその改善を図っていくこととする。7、介護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、身体拘束は行わないこととする。8、関係市町村、国保連合会等から問い合わせがあった場合には、速やかに対応する。

(3) 組織の概要

所在地	(〒891-0104) 鹿児島市山田町441番地			
連絡先	電 話	099-284-4800	F A X	099-284-4681
交通の便 (最寄り交通機関等)	山田下バス停徒歩にて約3分、谷山駅・電停よりバスで約20分			
開設年月日	平成18年 3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。)	つかさ病院、介護老人保健施設フレンドホーム			

(4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	準住居地域第1種住居専用地域		
建物形態	単独型	併設型	
建物構造	(鉄筋コンクリート)造り(2階建ての2階部分)		
広 さ	敷地面積(24303.73)m ² 延床面積(1145.57のうち2階部分552.27)m ² 1室あたりの居室面積(別紙参照)m ²		
二人部屋の有無	有	無	

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃 (月額)	(25,000) 円		
保証金の有無 (入居時一時金)	有 () 円	無	
有の場合償却の有無	有 (期間 :) 円	無	
食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は 1 日 (1,000) 円		
その他の費用と徴収方法			
名 目	徴 収 方 法	金 額 (円)	
理美容代			
おむつ代	窓口あるいは、振込み	実費	
そ の 他	水道光熱費	窓口あるいは、振込み	10,000 円 (月額)

平成 1 9 年 2 月 1 日より水道光熱費 (冷暖房費を追加) 15,000 円とする。

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) 〔 男性 (3 名) 女性 (6 名) 〕
	要介護 1 (4 名) 要介護 2 (2 名) 要介護 3 (3 名) 要介護 4 (名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 8 2 歳) 〔 最低 (7 2 歳) 最高 (9 2 歳) 〕
入居に当たっての条件	要介護 1 以上の人。 共同生活に支障のない人。 認知症の診断等が主治医よりされている人
退居に当たっての条件	要介護状態ではなくなった人。 緊急な医療行為が必要になった人。 共同生活が困難になった人。

(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。)

ユニット名 (愛ユニット)	総数	(8)名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 0名) 常勤換算 (3.9名) ・非常勤 (5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)(156)時間÷40時間=常勤換算数(3.9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 (羽根田十郎)	専任 兼務(兼務の施設名 愛ユニットの計画作成担当者と兼務) 資格 (看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (17年7か月) 痴呆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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 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 (羽根田十郎)	資格 (看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (17年 7か月) 痴呆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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他介護職員 ()名	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 (ヘルパー2級)(3名) 痴呆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) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(基礎課程) 受講済 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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	つかさ病院（精神科・神経内科・内科） 櫛下町歯科医院
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。）	実績なし
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（ 9時～21時） 無
介護相談員（注）等の受入状況	有（具体的に記入してください。）
	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。

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 12 月 10 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	5	0	9	9
グループホーム名	グループホーム てまり									
事業主体名(法人名)	医療法人松柏会					代表者名				

(2) 事業の目的及び運営の方針

<p>目的: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等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確保し、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して生活を営むことができるよう支援することを目的とする。</p> <p>運営方針: 1、本事業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、告示及び内容に沿ったものとする。2、利用者の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利用者の心身の状況を踏まえ適切なサービスを提供する。3、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者が、それぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送れるよう適切なサービスを提供する。4、常に利用者の立場に立った親切丁寧なサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成する。5、利用者及びその家族に対し、サービス内容についてわかりやすく説明したうえで、生活介護計画を交付する。6、常に提供しているサービスの質の管理、評価を行うとともに定期的に外部の者による評価を受けて常にその改善を図っていくこととする。7、介護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、身体拘束は行わないこととする。8、関係市町村、国保連合会等から問い合わせがあった場合には、速やかに対応する。</p>

(3) 組織の概要

所在地	(〒891-0104) 鹿児島市山田町441番地			
連絡先	電話	099-284-4800	FAX	099-284-4681
交通の便 (最寄り交通機関等)	山田下バス停徒歩にて約3分、谷山駅・電停よりバスで約20分			
開設年月日	平成18年 3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。)	つかさ病院、介護老人保健施設フレンドホーム			

(4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	準住居地域第1種住居専用地域
建物形態	単独型 併設型
建物構造	(鉄筋コンクリート)造り(2階建ての2階部分)
広 さ	敷地面積(24303.73)m ² 延床面積(1145.57のうち2階部分552.27)m ² 1室あたりの居室面積(別紙参照)m ²
二人部屋の有無	有 無

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃 (月額)	(25,000) 円		
保証金の有無 (入居時一時金)	有 () 円	無	
有の場合償却の有無	有 (期間 :) 円	無	
食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は 1 日 (1,000) 円		
その他の費用と徴収方法			
名 目	徴 収 方 法	金 額 (円)	
理美容代			
おむつ代	窓口あるいは、振込み	実費	
そ の 他	水道光熱費	窓口あるいは、振込み	10,000 円 (月額)

平成 1 9 年 2 月 1 日より水道光熱費 (冷暖房費を追加) 15,000 円とする。

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (0 名) 女性 (9 名)]
	要介護 1 (3 名) 要介護 2 (1 名) 要介護 3 (3 名) 要介護 4 (2 名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 8 5 歳) [最低 (7 4 歳) 最高 (9 0 歳)]
入居に当たっての条件	要介護 1 以上の人。 共同生活に支障のない人。 認知症の診断等が主治医よりされている人
退居に当たっての条件	要介護状態ではなくなった人。 緊急な医療行為が必要になった人。 共同生活が困難になった人。

(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。)

ユニット名) 優ユニット (総数	(8)名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 0名) 常勤換算 (3.9名) ・非常勤 (5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)(156)時間÷40時間=常勤換算数(3.9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 (羽根田十郎)	専任 兼務(兼務の施設名 愛ユニットの計画作成担当者と兼務) 資格 (看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (17年 7か月) 痴呆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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 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 (松下 美子)	資格 (看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (10年 4か月) 痴呆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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
その他介護職員 ()名	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(准看護師)(1名)(ヘルパー2級)(1名) 痴呆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) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(基礎課程) 受講済 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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	つかさ病院（精神科・神経内科・内科） 櫛下町歯科医院
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。）	実績なし
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（ 9時～ 21時） 無
介護相談員（注）等の受入状況	有（具体的に記入してください。）
	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。