

(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19年3月1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	9	0	7	0	0	0	1	0
※グループホーム名	グループホーム 芦穂の里									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 愛誠会					※代表者名	豎山 榮三			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>現在、グループホーム 芦穂の里では、以下の基本理念を基に日々、介護・支援を行っています。</p> <p>・基本理念</p> <p>1. 高齢者の幸せ・やすらぎ創り</p> <p>施設福祉、在宅福祉を両輪として、高齢者が豊かな老後を送れるよう努力します。</p> <p>2. 地域社会とともに</p> <p>地域社会の高齢者問題の解決のため、共に歩み、共に考え、共に支えていきます。</p> <p>3. 高質の介護を目指して</p> <p>地域社会の中で高齢者福祉の拠点作りを行い、いつでも、どこでも、だれにでも、日々の充実感を味わってもらう、質の高い介護サービスの提供に努めます。</p> <p>4. 未来社会を拓く</p> <p>私どもは、地域社会を社会福祉の基盤と考え、医療・保健と連携しながら、社会福祉の充実のための未来社会を築きます。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒894-0001) 鹿児島県奄美市名瀬大字大熊 1309-3			
※連絡先	電 話	0997-57-7705	F A X	0997-57-7706
交通の便 (最寄り交通機関等)	奄美交通 鳩浜停留所			
開設年月日	平成18年6月1日	※ユニット数 と利用定員	( 1 ) ユニット 利用定員 ( 9 ) 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	第一種中高層住居専用地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	( 木造平屋 ) 造り (          階建ての          階部分)
※広 さ	敷地面積 ( 1335 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 277.34 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.9372 ) m <sup>2</sup>
※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)	( 30,000 ) 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 checked="" type="checkbox"/> 無	
※食 費	朝 食 ( 250 ) 円    昼 食 ( 300 ) 円 夕 食 ( 350 ) 円    おやつ ( 100 ) 円 又は1日 (                      ) 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	現金徴収	3,000 円	
②おむつ代	現金徴収	パッド: 437 円 Rパン: 1,500 円	
③ そ の 他	水道光熱費	利用料と合算しての請求	3,000 円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名)      [女性 ( 9 名)]
	要介護1 ( 2 名)    要介護2 ( 3 名)    要介護3 ( 3 名) 要介護4 ( 1 名)    要介護5 (      名)
	年齢 (平均 83.3歳)      [最低 ( 69 歳)    最高 ( 96 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護認定を受けた方で、医師より認知症の診断を受けた方。</li> <li>少人数による共同生活が営め、自傷、他害の恐れのない方。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>常時、医療行為を必要としない方。</li> <li>感染症などの病気を持っていない方。</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護認定により、心身の状態が自立または要支援と判断された場合。</li> <li>事業者が解散または、破産、やむを得ない事由によりホームを閉鎖、指定取り消しになった場合。</li> <li>利用者もしくは、利用者家族より退去の申し出があった場合。</li> <li>常時、医療行為が必要となった場合。</li> </ul>

(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 （ ）	総数	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 ( ) 名) (兼務 ( ) 名) 常勤換算 ( ) 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 職員の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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ( ) ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名 ) <input type="checkbox"/> 宿直 ( ) 名
	※管理者 氏名 ( 田中 茂 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ( ) ) 資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 ( ) 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・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 ( ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( 増田 むつみ )	資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 3 年 ( ) 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input 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 ( 小規模多機能等計画作成担当者研修 ) ( )
その他介護職員 ( 5 ) 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 ( ホームヘルパー1,2級 ) ( 各 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	

