

(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 2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 | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 4 | 2 |
| グループホーム名 | グループホーム桜 | | | | | | | | | |
| 事業主体名(法人名) | 社会福祉法人 愛心会 | | | | | 代表者名 | 理事長 徳田 秀子 | | | |

(2) 事業の目的及び運営の方針

利用者に対して家庭的な環境の下で、日常生活における援助を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、利用者が精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるよう支援する。

(3) 組織の概要

| | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------|
| 所在地 | (〒 891 - 0144) 鹿児島市下福元町狩集9057番地 | | | |
| 連絡先 | 電話 | 099-210-8655(代) | FAX | 099-210-8655 |
| 交通の便 (最寄り交通機関等) | 鹿児島交通笠松バス停 | | | |
| 開設年月日 | 平成13年11月10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。) | ケアハウス桜の苑 レクリエーション、クラブ活動等への交流参加 | | | |

(4) 建物の概要

| | | | |
|-----------------|---|-----|--|
| 都市計画法上の 用途地域 | 都市計画区域外 | | |
| 建物形態 | 単独型 | 併設型 | |
| 建物構造 | (A棟:鉄筋・B棟:木造)造り(1階建ての1階部分) | | |
| 広さ | 敷地面積(63287.95)㎡ 延床面積(598.7)㎡ 1室あたりの居室面積(13.53~15.0)㎡ | | |
| 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) | (1日 1,000)円 | | |
| 保証金の有無(入居時一時金) | 有(入居時 30万)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 | 美容師が来訪します。 | 実施相当額 | |
| おむつ代 | 家族が購入又は預かり金にて購入 | 実費 | |
| その他 | 光熱水道 | 月額管理者の中に含まれています。 | 月額5,000円 |
| | 個人の嗜好にか かるもの | 個人の希望を踏まえながら、献立を作成し、 その中で対処します。その他の嗜好品につ いては、家族等と協議のうえその範囲の中 で対処します。 | |
| | その他 | 医療費 | 実費 |
| | | | |

(6) 入居者の概要

| | |
|------------|---|
| 現在の入居者の状態 | 入居人数(16名)〔男性(1名) 女性(15名)〕 |
| | 要介護1(4名) 要介護2(3名) 要介護3(5名) 要介護4(3名) 要介護5(1名) |
| | 年齢(平均85.3歳)〔最低(75歳) 最高(94歳)〕 |
| 入居に当たっての条件 | 1. 概ね65歳以上の中程度(要支援2以上)認知症高齢者 2. 概ね身辺自立が出来ており共同生活が可能の方 3. 費用負担、契約、緊急時の連絡などのために、原則としてご 家族の中から1名保証人を立てて頂きます。 |
| 退居に当たっての条件 | 1. 病気が悪化して、集団生活に耐えられないと判断された時は、 退去をお願いすることがあります。なお、その際には協力医とも 協議の上、入院先を確保するよう努力します。 2. 本人及び家族の意思で退居しようとする時は、少なくとも1 週間前に施設に申し出て頂くこととします。 3. 他の入居者に危害を加えたり、加えそうな時は退居をお願い することがあります。 |

(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 (グ ル ー プ ホ ー ム 桜) | 総数 | (15)名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 名) 常勤換算 (14名) ・非常勤 (7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 (内村 陽子) | 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(14年 8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 (森 恵子) | 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(1年 11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()名 看護師等()名 介護支援専門員()名 その他 (ヘルパー1級・2級)(7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。

(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 | 総数 | ()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 ()名 兼務(兼務の施設 ()名) 夜勤 ()名 宿直 ()名 |
| | 管理者 氏名 () | 専任 ()名 兼務(兼務の施設名 ()名) 資格(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他 ()名) 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 ・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 (岩下 美和) | 資格(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他 ()名) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(5年 10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()名 看護師等()名 介護支援専門員()名 その他 ()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 ()名) 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 | |
| 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。) | |
| 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 (8 時 ~ 2 0 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。