

(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	3	0	0	0	1	5	6
グループホーム名	グループホーム花々館(1階)									
事業主体名(法人名)	医療法人 佑志会				代表者名		守屋様(守屋 豪貴)			

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的: 医療法人佑志会守屋病院が開設するグループホーム「花々館」が行う認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護に対し、適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

運営の方針: 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒 899 - 2502) 鹿児島県日置市伊集院町徳重 190 番 2			
連絡先	電話	099-273-8787	FAX	099-273-8787
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR鹿児島本線 伊集院駅より徒歩 10分			
開設年月日	平成 14年 9月 11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	準工業地域			
建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
建物構造	( 軽量鉄骨 )造り( 2 階建ての 1・2 階部分)			
広 さ	敷地面積(635.31)㎡      延床面積( 462.11 )㎡ 1室あたりの居室面積( 10.1~10.2 )㎡			
二人部屋の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

## (5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	( 18,000 ) 円	
保証金の有無(入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 20,000 ) 円      無	
	有の場合償却の有無	有(期間:                      ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食費	朝食( 150 ) 円    昼食( 350 ) 円 夕食( 300 ) 円    おやつ( 0 ) 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)
理美容代	実費徴収	
おむつ代	実費徴収	1枚当り 30~200円
その他	水道光熱費	1日当 400円
	寝具代	希望者のみ 1日当 70円
	寝衣代	希望者のみ 1日当 60円
	テレビレンタル	希望者のみ カード1枚 (1200分、1000円)

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数( 9 名) [男性( 1 名) 女性( 8 名)]
	要介護1( 0 名) 要介護2( 0 名) 要介護3( 3 名) 要介護4( 5 名) 要介護5( 1 名)
	年齢(平均 90.7 歳) [最低( 84 歳) 最高( 95 歳)]
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の診断書等の提出(介護保険の要介護1~5の認定を受け、また認知症の診断受診がわかるもの。)</li> <li>・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の報告。</li> <li>・身元保証人の確認と承諾。</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑をかける恐れのある時。</li> <li>・利用料その他の支払いを怠ってその滞納が1ヶ月に達した時。</li> <li>・提出書類など虚偽の申告があった時。</li> <li>・事業所の指示又は、指導に従わなかった時。</li> <li>・疾病にて他の施設他の施設へ入院する場合1ヶ月以上に及び際は、一時退去扱いとする。</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 ( グ ル ー プ ホ ー ム 花 々 館 一 階 )	総数	( 10 )名 (内訳)・常勤 (専任 9名) (兼務 0名) 常勤換算( 9.8名) ・非常勤 ( 1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)(392)時間÷40時間=常勤換算数( 9.8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 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	管理者 氏名 (田中 みどり)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設名 ) 資格( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 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 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 ) (苦情・事件事例活用研修事業実施要綱研修)
	計画作成担当者 氏名 (田中 みどり)	資格( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 ) (苦情・事件事例活用研修事業実施要綱研修)
その他介護職員 ( 9 )名	資格 介護福祉士( 0 )名 看護師等( 1名) 介護支援専門員( 0 )名 その他 ヘルパー2級(3名)ヘルパー1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( 0名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者( 0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	守屋病院・藤井歯科
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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
家族の面会時間の設定の有無	有 ( 時 ~ 時 ) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
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。)
	<input checked="" 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。

(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	3	0	0	0	1	5	6
グループホーム名	グループホーム花々館(2階)									
事業主体名(法人名)	医療法人 佑志会				代表者名		守屋様(守屋 豪貴)			

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的: 医療法人佑志会守屋病院が開設するグループホーム「花々館」が行う認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護に対し、適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

運営の方針: 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒 899 - 2502) 鹿児島県日置市伊集院町徳重 190 番 2			
連絡先	電話	099-273-8787	FAX	099-273-8787
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR鹿児島本線 伊集院駅より徒歩 10分			
開設年月日	平成 14年 9月 11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	準工業地域			
建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
建物構造	( 軽量鉄骨 )造り( 2 階建ての 1・2 階部分)			
広 さ	敷地面積(635.31)㎡      延床面積( 462.11 )㎡ 1室あたりの居室面積( 10.1~10.2 )㎡			
二人部屋の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

## (5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	( 18,000 ) 円	
保証金の有無(入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 20,000 ) 円      無	
	有の場合償却の有無	有(期間:                      ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食費	朝食( 150 ) 円    昼食( 350 ) 円 夕食( 300 ) 円    おやつ( 0 ) 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)
理美容代	実費徴収	
おむつ代	実費徴収	1枚当り 30~200円
その他	水道光熱費	1日当 400円
	寝具代	希望者のみ 1日当 70円
	寝衣代	希望者のみ 1日当 60円
	テレビレンタル	希望者のみ カード1枚 (1200分、1000円)

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数( 9 名) [男性( 1 名) 女性( 7 名)]
	要介護1( 2 名) 要介護2( 1 名) 要介護3( 3 名) 要介護4( 3 名) 要介護5( 0 名)
	年齢(平均 86.1 歳) [最低( 74 歳) 最高( 97 歳)]
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の診断書等の提出(介護保険の要介護1~5の認定を受け、また認知症の診断受診がわかるもの。)</li> <li>・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の報告。</li> <li>・身元保証人の確認と承諾。</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑をかける恐れのある時。</li> <li>・利用料その他の支払いを怠ってその滞納が1ヶ月に達した時。</li> <li>・提出書類など虚偽の申告があった時。</li> <li>・事業所の指示又は、指導に従わなかった時。</li> <li>・疾病にて他の施設他の施設へ入院する場合1ヶ月以上に及ぶ際は、一時退去扱いとする。</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。)

ユニット名 (グループホーム花々館二階)	総数	( 9 )名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 0名) 常勤換算 (8.8名) ・非常勤 (1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)(352)時間÷40時間=常勤換算数(8.8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 兼務(兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1名) 宿直( )名
	管理者 氏名 (田中 みどり)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 兼務(兼務の施設名 ) 資格( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 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 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 ) (苦情・事件事例活用研修事業実施要綱研修)
	計画作成担当者 氏名 (中山 真理)	資格( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 9 )名	資格 介護福祉士( 1 )名 看護師等( 1 )名 介護支援専門員( 0 )名 その他 ヘルパー2級(1名)ヘルパー1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( 0 )名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者( 0 )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	守屋病院・藤井歯科
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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
家族の面会時間の設定の有無	有 ( 時 ~ 時 ) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
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。)
	<input checked="" 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。