

認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成 19 年 5 月 1 日現在)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホーム すこやか	事業主体名	医療法人 健誠会
		代表者名	理事長 斉藤 宏
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済・ <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名() 役職()

2) 事業の目的及び運営の方針

- ・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、家族的な環境の下で食事、入浴、排泄等の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、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことが出来るように支援することを目的とする。
- ・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や、告示の主旨及び内容に沿ったものとする。
- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に沿った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ことにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ・利用者及び家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
- ・適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
- ・常に提供した質の管理、評価を行う。

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

所在地及び連絡先	(〒 899-2201)			
	鹿児島県日置市東市来町湯田 3007 番地			
	電 話	099-274-3672	F A X	099-274-3672
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 田ノ湯 バス停 徒歩 1 分			
開設年月日	平成 16 年 4 月 1 日	ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員 (18) 人	
事業所の併設施設 (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)	なし			

5) 建物の概要

建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
建物構造	(鉄骨) 造り (2 階建ての 1・2 階部分)		
広 さ	敷地面積 (835.22) m ² 延床面積 (520.02) m ² 1 室あたりの居室面積 (8.91) m ²		
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

6) 利用料等（入居者の負担額）

<u>家賃（月額）</u>		（ 27,000 ）円	
<u>敷金</u>		□有（ ）円 ■無	
<u>保証金の有無（入居時一時金）</u>		□有（ ）円 ■無	
	有の場合保全措置の内容		
	有の場合償却の有無	□有（期間： ）円 □無	
<u>食材料費</u>		朝食（ ）円 昼食（ ）円 夕食（ ）円 おやつ（ ）円 又は1日（ 900 ）円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>			
名目		徴収方法	金額（円）
①理美容代		実費徴収	1,500円～5,000円
②おむつ代		形状により実費徴収	1枚あたり80円～200円
③その他	水道光熱費		300円／日

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態 ※介護予防指定認知症対応型共同生活介護を提供している場合、要支援2の数を記載すること	入居人数（ 18名）〔男性（ 1名）女性（ 17名）〕	
	要介護 1（ 6名） 要介護 2（ 6名） 要介護 3（ 5名） 要介護 4（ 1名） 要介護 5（ 0名） 要支援 2（ 0名）	
	年齢（平均 85歳）〔最低（ 77歳）最高（ 96歳）〕	
<u>利用に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の診断書の提出（介護保険の要介護度の認定を受け、又認知症の診断・受診状況がわかるもの） ・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の申告 ・身元保証人の確認と承諾 	
<u>退居に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑を及ぼす恐れのある時。 ・利用料、その他の支払の滞納が2ヶ月に及んだ時。 ・提出書類等に虚偽の申告が判明した時。 ・施設の指導、指示に従わなかった時。 ・疾病にて、他施設へ入院し、それが1ヶ月以上見込まれる際は、一時退去扱いとする。 	
開設以来の退居者数	人数（ 15 ）人	退居先
	主な理由	
	・医療機関へ入院	（ 9 ）人
	・介護施設へ入所	（ 1 ）人
	・ご自宅へ	（ 5 ）人

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

ユ ニ ツ ト 名 （ グ ル ー プ ホ ー ム す こ や か 一 階 ）	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 名) 常勤換算 (7.45 名) ・非常勤 (6 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)(178)時間÷40時間=常勤換算数(4.45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)
	<u>管理者 氏名</u> (久保 浩文)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(介護福祉士, 介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(14年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・ (実践リーダー研修) ■受講済 □未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者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 () ()
	<u>計画作成担当者 氏名</u> ()	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9年 5.か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・ (実践リーダー研修) □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	資格 介護福祉士 (2)名 看護師 ()名 その他 () (6 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 4年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) □受講済 ■未受講 ・ (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・ 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)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 ()回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由) 定年退職 ③ 常勤職員の交代回数 ()回 (理由)	

ユ ニ ツ ト 名 (グ ル ー プ ホ ー ム す こ や か 二 階)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.22 名) ・非常勤 (6 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)(169)時間÷40時間=常勤換算数(4.22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)
	<u>管理者</u> <u>氏名</u> (久保 浩文)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(介護福祉士, 介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(14 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・ (実践リーダー研修) ■受講済 □未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者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 () ()
<u>計画作成担当者</u> <u>氏名</u> ()	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(14 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・ (実践リーダー研修) ■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	資格 介護福祉士 (1) 名 准看護師 (1 名) その他 () (6 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 4 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実務研修(実践者研修) □受講済 ■未受講 ・ (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・ 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)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 () 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 () 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 () 回 (理由)	

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	湯田内科病院 こだま歯科クリニック
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約(契約先名称)
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (2月に1回) メンバー構成 (役職等) 利用者代表 利用者家族 地域住民の代表 (民生委員) 有識者 (介護老人福祉施設事務長) 市町村職員 (日置市東市来支所保健福祉課) グループホーム職員 (ホーム部長、ホーム長2名、法人事務長)
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。)	必要に応じて市町村と連絡をとります
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <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。) 事前の連絡があれば受け入れます <input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成18年10月16日

注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局課長通知)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。

(記入上の留意事項)

- 1 「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 3 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部 () については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第4号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届け出が必要となるものである。