

<u>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。)</u>	近接の施設として、鹿児島県済生会が設置している「特別養護老人ホーム 高喜苑」「シルバーフラット武岡台」等がある。
---	--

5) 建物の概要

<u>建 物 形 態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建 物 構 造</u>	(軽量鉄骨) 造り (平屋建て)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (248.74) m ² 延床面積 (253.71) m ² 1室当たりの居室面積 (11.17 又は 11.30) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<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>	(45,000) 円 1,500円/日	
敷 金	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (30,000) 円 <input type="checkbox"/> 無	
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無 <input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<u>食 材 料 費</u>	朝 食 (300) 円 昼 食 (350) 円 夕 食 (350) 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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	当該月利用料金を翌月初旬に一括請求し、翌月20日までに、当施設の指定する金融機関口座への振込又は当施設の指定する金融機関口座からの引き落としのいずれかの方法で徴収する。	実費
②お む つ 代		実費
③そ の 他		
・ 日用品費		実費
・ 寝具代		レンタル料相当額
・ レクリエーション代		材料代など実費

現在の利用者の状態	利用人数（ 18 名） 男性（ 4名 ）女性（ 14名 ）
※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、要支援者2の数を記載すること	要介護1（ 4 名） 要介護2（ 8 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 81.0 歳） 最低（ 74 歳） 最高（ 95 歳）
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 要介護状態にあつて共同生活を営むことに支障のない程度の認知状態にあると認定を受けた方 2. 介護保険の利用負担金及び家賃等の経費を毎月指定された日までに納付できる方
退居に当たっての条件	1、要介護から要支援又は自立と認定された方 2、認知症にともなつて著しい精神症状又は、著しい行動異常を持ち、極端な暴力行為や自傷行為を行うおそれのある方 3、認知症の原因となる疾患が集中的な治療を必要とする状態の方 4、介護保険の利用負担金及び家賃等の経費が毎月指定された日までに納付されず延滞された方
開設以来の退居者数	人数（ 29 ）人 主な理由 退居先 ・ 状態改善（ 自宅 ） ・ 医療的処置必要なため（ 病院 ） ・ 認知症の悪化により集団生活が困難 （特別養護老人ホーム） （ 病院 ）

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 ッ ト 名)) グ ル ー プ ホ ー ム 武 岡 ハ イ ラ ン ド B 棟)	総数	(8 名)
		(内数)・常勤(専任 2名) (兼務 1名) } 常勤換算 (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(157.5時間)÷40時間=常勤換算数(3.94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)
	<u>管理者</u> 氏名(関 和代)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員・看護師) 認知症介護の経験年数(3 年 4か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 (認知症ケア国際シンポジウム) (普通救命講習)
<u>計画作成担当者</u> 氏名(関 和代)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(看護師) 認知症介護の経験年数(3 年 4 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 (認知症ケア国際シンポジウム) (普通救命講習)	
その他の職員	資格 介護福祉士(1名) 看護師(名) その他(1級ヘルパー) (1 名) (2級ヘルパー) (5 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(8年8か月~1年1ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 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 (普通救命講習) 受講済者(2 名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由) 内部の移動による ② 計画作成担当者の交代回数 (0) 回 (理由) 内部の移動 ③ 常勤職員の交代回数 (2) 回 (理由) 内部の移動・退職	

9) その他

<p><u>協力医療機関名</u></p>	<p>* 社会福祉法人恩賜財団済生会鹿児島病院 * 島田内科</p> <p>* 医療法人猪鹿倉会 パールランド病院 * 医療法人緑心会 横山記念病院</p> <p>* 整形外科 横峯病院</p> <p>* 下田平 歯科医院</p>
<p>医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input type="checkbox"/>職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/>契約 (契約先名称 　なでしこ訪問看護ステーション)</p>
<p>運営推進会議の設置状況</p>	<p><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) 入居者 入居者の家族 民生委員 NPO法人代表・社会福祉士 なでしこ訪問看護ステーション (管理者) 法人・事業所職員 (所長、次長、管理者、計画作成者)</p>
<p>市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)</p>	
<p>入居者家族会等の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>
<p>家族の面会時間の設定の有無</p>	<p><input type="checkbox"/>有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/>無</p>
<p>介護相談員^{注)}等の受入状況</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 (具体的にご記入下さい。) 毎年1回受け入れを行っている。</p> <p><input type="checkbox"/>無</p>
<p>直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)</p>	<p>平成 18 年 6 月 25 日</p>

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計画課長通知)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。

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。)

(ユニット名) グループホーム武岡ハイランドA棟	総数 (7 名) (内数)・常勤(専任 2名) (兼務 1名) } 常勤換算 (名) ・非常勤 (4 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)(157.5時間)÷40時間=常勤換算数(3.94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(関 和代) <input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員・看護師) 認知症介護の経験年数(3年 4か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 (認知症ケア国際シンポジウム) (普通救命講習)
	計画作成担当者 氏名(椎原 昭人) 介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9 年 2 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 () ()
その他の職員 資格 介護福祉士(2名) 看護師(名) その他 (2級ヘルパー) (4 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 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 (普通救命講習) 受講済者(1 名)	
職員の交代状況 ① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由) 内部の移動、退職 ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 内部の移動、退職 ③ 常勤職員の交代回数 (4) 回 (理由) 内部の移動・退職	