

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 18 年 2 月 20 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	7	1	0	0	1	5	0
※グループホーム名	老人グループホームさくら通									
※事業主体名（法人名）	社会福祉法人 以和貴会						※代表者名	理事長 西丸 重晴		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

〔事業の目的〕	認知症の状態にある要介護者を、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう援助する。
〔運営方針〕	利用者の認知症の進行を緩和し、利用者の心身の状況を踏まえ、趣味又は嗜好に応じた活動を支援し、利用者がそれぞれの役割をもって家庭的な環境のもとで、安心して日常生活が送れるよう援助する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-1604) 鹿児島県鹿屋市串良町下小原 3103-2			
※連絡先	電 話	0994-62-8887	F A X	0994-62-8890
交通の便 (最寄り交通機関等)	バス (鹿児島交通 志布志・垂水線) 大迫バス停 (バス停から徒歩で 10 分)			
開設年月日	平成 17 年 2 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。)	居宅介護支援事業所 以和貴苑 在宅介護支援センター 以和貴苑 指定訪問介護事業所 以和貴苑 通所介護事業所 さくら通 生活支援ハウス さくら通			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	対象外		
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" 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 (2126.02) m ² 延床面積 (290.74) m ² 1室あたりの居室面積 (10.19) m ²		
※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)	(15,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (800) 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	預かり金より引き落とし	実費
②おむつ代	預かり金より引き落とし	実費
③ そ の 他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (3 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (3 名) 要介護2 (2 名) 要介護3 (3 名) 要介護4 () 名 要介護5 (1 名)
	年齢 (平均 86 歳) [最低 (77 歳) 最高 (96 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者 (要介護1以上) であって認知症の状態にあり、少人数の共同生活を営むことに支障のないもの。(医師の診断書等により認知症の状態が確認できることが必要) 認知症の状態にあるものであっても、著しい行動異常や認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者は除く。
退居に当たっての条件	① 要介護認定により自立又は要支援と判定された場合。 ② 長期の入院治療を要するに至った場合。 ③ 利用料金の変更に同意できない場合。 ④ 他の入居者の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合、又は傷つける恐れがある場合。 ⑤ 退居を希望された場合。 ⑥ 利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延した場合。

(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 7 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)(200)時間÷40時間=常勤換算数(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 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 生活支援ハウス) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直(1 名)
	※管理者 氏名 (西丸 由子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護支援専門員・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(9年10か月) 認知症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 (専門課程) <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 (管理者研修会)(全国グループホーム大会)
	計画作成担当者 氏名	資格(介護支援専門員・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(9年10か月) 認知症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 (専門課程) <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 (苦情・事件事例活用研修)(ケアマネ研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士(2)名 看護師(0)名 その他()名 認知症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) (専門課程) 受講済者(0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (全老協グループホームセミナー) 受講済者(1名) (介護実践セミナー) 受講済者(1名) (福祉レクリエーションセミナー) 受講済者(1名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (古川 久美子) 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(介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(6年5か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 (全老協グループホームセミナー)(第三者評価に関する研修)	

(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。

