

(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18年5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	5	3	0	0	2	0	8
※グループホーム名	ぽっぼえん									
※事業主体名(法人名)	特定医療法人 大進会					※代表者名	大久保 直義			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症により自立した生活が困難となった方々が、少人数で家庭的な雰囲気の中で生活していただき、認知症を和らげたり進行を遅らせることを目的とします。  
ぽっぼえんでは、専門的なケア技術をもつスタッフと一緒に生活していただき、本人の残された潜在能力を自然に発揮できる環境を整え、認知症状の改善と進行の予防に努める。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-5653) 鹿児島県始良郡始良町池島町26番6号			
※連絡先	電 話	0995-65-3208	F A X	0995-65-3776
交通の便 (最寄り交通機関等)	林田交通 池島公園バス停より徒歩2分			
開設年月日	平成15年2月1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	第一種中高層住居専用地域・第二種中高層住居専用地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(軽量鉄筋)造り(2階建ての1・2階部分)			
※広 さ	敷地面積(436.6)㎡ 延床面積(426.1)㎡ 1室あたりの居室面積(10.26)㎡			
※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)	( 30 日月 北側 30,000 南側 31,500 ) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 ( ) 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 ( 9 0 0 ) 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	実費		
②おむつ代	実費		
③ そ の 他	管理費	利用料と同時に請求	1 日 500 円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (6名) 女性 (12名)]
	要介護1 (7名) 要介護2 (8名) 要介護3 (3名) 要介護4 (1名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 88.2 歳) [最低 (60 歳) 最高 (95 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主治医の診断書の提出 (介護保険の要介護度の認定を受け、認知症の診断・受診状況が判るもの)</li> <li>・ 利用者の心身の状況、生活歴・病歴等申告</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、他の住居者に迷惑を及ぼす恐れのある時</li> <li>・ 利用料、その他支払いの滞納が 2 ヶ月に及んだ時</li> <li>・ 提出書類等に虚偽の申告が判明した時</li> <li>・ 施設の指導や指示に従わなかった時</li> <li>・ 疾病にて他施設へ入院し、それが 2 ヶ月以上見込まれる際は一時退所扱いとする。</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 ( 1 階  )	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 7 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)( )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( 名) □宿直( 名)
	※管理者 氏名 牧原 律子	■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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数(17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) ■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 ( 認知症老人処遇技術研修 ) ( )
	計画作成担当者 同上	資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他 ) 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( 1 )名 看護師等( 1 名) その他 (ヘルパー2級)( 4 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( 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 ( 身体拘束 ) 受講済者( 1 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 ) 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 ツ ト 名 ( 2 階 )	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( 0 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( 名) □宿直( 名)
	※管理者 氏名 牧原 律子	■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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数(17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) ■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 ( 認知症老人処遇技術研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名	資格(□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 ) □その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数(15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) ■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( 1 )名 看護師等( 2 )名 その他 (ヘルパー2級)( 4 )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( 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 ( 身体拘束 ) 受講済者( 1 )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 ) 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	希望ヶ丘病院 徳重歯科医院
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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～18時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 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。