

(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	3	6	0	0	1	0	4
※グループホーム名	グループホーム きままの郷									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 市比野福祉会					※代表者名	銚之原 大助			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者であって認知症の状態にあるものについて共同生活住居において、家庭的な環境のもとで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日常生活を営むことができるようにする。 <ul style="list-style-type: none">・ 利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送れるようにする。・ 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるように配慮する。・ 指定認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮する。・ サービスの提供に当たっては、新設丁寧を旨とし、利用者又は、その家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行う。・ 当該利用者又は他の利用者等の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。・ 自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-1203) 鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野3244番地1			
※連絡先	電 話	0996-38-2700	F A X	0996-38-1775
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 川内駅より車で15分、路線バス停留所まで50m			
開設年月日	平成16年 1月 9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				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1,738.51) m ² 延床面積 (674.81) m ² 1室あたりの居室面積 (12.21) 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)	(33,000) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) 円 <input type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (900) 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	月1回程度外部の専門業者をご利用の場合、実費をお支払いいただきます。	実費	
②おむつ代	毎月の利用料と同時にお支払いいただきます。	実費	
③その他	水道光熱費	毎月の利用料と同時にお支払いいただきます。	400円/日
	電気器具使用料	個人的な電化製品をご利用の場合、毎月の利用料と同時にお支払いいただきます。	100円/日
	日用品費	毎月の利用料と同時にお支払いいただきます。	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17名) [男性 (3名) 女性 (14名)]
	要支援2 (1名) 要介護1 (9名) 要介護2 (4名) 要介護3 (3名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 86歳) [最低 (73歳) 最高 (96歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定が要支援2以上の認知症高齢者であり 生活支援により共同生活が可能の方
退居に当たっての条件	

(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 (き ま ま の 郷 A ユ ニ ツ ト)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (8.5 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 職員の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 (1 名) □宿直 (名)
	※管理者 氏名 (宮本 涼子)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名 きままの郷 Bユニット) 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 (9 年 9 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 () ()
	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 (1 年 0 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 (7) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 () 名 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー) (7 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) [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) 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	市比野記念病院 田中歯科医院
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 (9:00時~20:00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。

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成 18年 5月 31日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 グループホーム きままの郷(ユニットA)

3)組織の概要

開設年月日	昭和(平成) 16年 1月 9日	利用定員	(9) 人
-------	------------------	------	---------

4)建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	(木造)造り (1 階建ての 1 階部分)
広さ	延床面積(329.04)㎡ 室あたりの居室面積 (12.21)㎡
二人部屋の有無	有() 無(○) 該当する方に○を付けて下さい。

5)利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	(33,000) 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() 無()

該当する方に○を付けて下さい。

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(4)名 要介護2(2)名
	要介護3(3)名 要介護4()名
	要介護5()名
	年齢(平均 86 歳) (最低 73 歳) (最高 96 歳)

新築(○)	該当する方に○を付けて下さい。
改築()築()年	

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ () 名 ランクA (8) 名 ランクB (1) 名 ランクC () 名	・アルツハイマー (3) 名 ・脳血管性痴呆 () 名 ・老年期痴呆 (3) 名 ・その他 (3) 名	
痴呆度	ランクI (4) 名 ランクIIa () 名 ランクIIb (3) 名 ランクIIIa () 名 ランクIIIb (2) 名 ランクIV () 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	理由	人数(8)名	退居先
	・体調不良	5名	(市比野記念病院)
	・問題行動の憎悪	1名	(宮之城病院)
	・他施設入所	2名	(翠泉苑・指月苑)

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (2) 回 (理由)
	②ホーム長の交代回数(注1参照)() 回 (理由)
	③常勤職員の交代回数 (9) 回 (理由) 移動・自己都合

※書式内の《自立度(厚生省判定基準)》はサービス評価ガイド集2004年度版P173、P174を参照

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成 18年 5月 31日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 グループホーム きままの郷(ユニットB)

3) 組織の概要

開設年月日	昭和(平成) 16年 1月 9日	利用定員	(9) 人
-------	------------------	------	---------

4) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	(木造)造り (1 階建ての 1 階部分)
広さ	延床面積(329.04)㎡ 室あたりの居室面積 (12.21)㎡
二人部屋の有無	有() 無(○) 該当する方に○を付けて下さい。

5) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	() 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() 無()

該当する方に○を付けて下さい。

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(8)名 (男性(0)名 女性(8)名)
	要介護1(5)名 要介護2(2)名
	要介護3()名 要介護4()名
	要介護5()名 要支援2(1)名
	年齢(平均 88 歳) (最低 75 歳) (最高 94 歳)

新築(○)	該当する方に○を付けて下さい。
改築()築()年	

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ (2) 名 ランクA (6) 名 ランクB () 名 ランクC () 名	・アルツハイマー (2) 名 ・脳血管性痴呆 () 名 ・老年期痴呆 (4) 名 ・その他 (2) 名	
痴呆度	ランクI (4) 名 ランクIIa () 名 ランクIIb (2) 名 ランクIIIa (1) 名 ランクIIIb (1) 名 ランクIV () 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	人数(9)名	
	理由	退居先
	・体調不良 5名	(市比野記念病院)
	・共同生活に馴染めない 3名	(在宅)
	・他施設入所 1名	(翠泉苑)

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (2) 回 (理由)
	②ホーム長の交代回数(注1参照)() 回 (理由)
	③常勤職員の交代回数 (6) 回 (理由: 移動・出産、自己都合)

※書式内の《自立度(厚生省判定基準)》はサービス評価ガイド集2004年度版P173、P174を参照