

(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	0	1	0	3	2	7	6
※グループホーム名	グループホーム 愛愛									
※事業主体名(法人名)	株式会社 プロGRESS					※代表者名	森田 繁美			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

家庭的な雰囲気・環境のもとで日常生活上の介助をすることで、機能訓練を行い認知症の改善及び悪化の抑制をし、地域での日常生活を可能とすることを目的とする。
認知症高齢者の家族の精神的・身体的社会生活面の負担を軽減することを目的とする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0875) 鹿児島県鹿児島市川上町2751番地16			
※連絡先	電 話	099-243-1766	F A X	099-243-1766
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス 花棚入り口 停留所			
開設年月日	平成15年 7月11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。)	介護支援センター 愛 (訪問介護) ふれあいステーション 愛 (通所介護)			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	
※建物形態	■単独型 □併設型
※建物構造	(木造平屋建て) 造り (1 階建ての 1 階部分)
※広 さ	敷地面積 (922) m ² 延床面積 (199.50) m ² 1室あたりの居室面積 (7.75~7.77) m ²
※二人部屋の有無	■有 □無

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)		(24,000) 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:) 円	□無
※食費		朝食 (250) 円 昼食 (250) 円 夕食 (400) 円 おやつ (100) 円 又は1日 () 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		毎月発行する請求書に基づき銀行口座振込み によって指定期日までに受けるものとする。	実費相当分
②おむつ代			実費相当分
③ その 他	水光熱費		400円/日
	日用消耗品		200円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (1 名) 女性 (7 名)]
	要介護1 (0名) 要介護2 (2名) 要介護3 (4名) 要介護4 (2名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 83.5歳) [最低 (歳) 最高 (歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること ・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと ・自傷他害の恐れがないこと ・常時医療機関において治療をする必要がないこと ・契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援と認定された場合 ・利用者が病気の治療等その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となったとき ・正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月分滞納したとき ・伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき ・利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき ・利用者又は利用者代理人が故意に法令その他契約の事項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき

(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	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 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 (松村 多賀子)	■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 ホームヘルパー1級) 認知症高齢者のケアの経験年数 (6 年 1 1 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 栄養士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (6 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]・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 (0) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ホームヘルパー1・2級) (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	よしの相良外科 新牧医院 宮ノ下歯科クリニック
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 type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 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 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。