

(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 8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	1	1	0	0	2	1	4
※グループホーム名	グループホーム加世田									
※事業主体名(法人名)	有限会社グループホーム加世田					※代表者名	楠元慶明			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>社会的に超高齢化へと進む中、この地域に於いても痴呆等の障害によって自立した生活を自宅で続ける事が困難となっている方が多勢おられる。</p> <p>そのような痴呆を障害に持つ要介護高齢者の方とごく家庭的な環境を共に作り、食事、入浴、排泄等、日常生活で困難となっている事のお世話や心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳の保てる生活の場を提供したい。そして、入居者がその個々に有する能力に応じて、可能な限り自立した生活を営む事が出来るよう支援したい。又、その家族も安心して日常の生活や生産活動に従事できるよう社会的な支援となることを目的とする。</p> <p>運営の方針</p> <ol style="list-style-type: none">1. 入居者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。2. 入居者個々の心身状況に応じた介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスが提供されるよう心がけて対応する。3. 入居者及びその家族に対して、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明を行う。4. 介護従事者は、提供したサービスが漫然画一とならぬよう配慮し、常に質の管理、評価を行う。5. 個々の入居者がそれぞれに役割を持った家庭的な雰囲気の中に利用者相互の馴染み深い関係づくりを努め、利用者本位の体制づくりに努める。6. 加世田市街地の中心部に位置する立地条件を十分に生かし、日頃より地域住民との交流を大切にし、利用者が地域の各種行事に積極的に参加することが出来るよう開放的な雰囲気作りに努める。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒897-0006)			
	鹿児島県南さつま市加世田本町11番地2			
※連絡先	電話	0993-52-6066	FAX	0993-52-6067
交通の便 (最寄り交通機関等)	加世田バスターミナル(旧加世田駅)より徒歩1分			
開設年月日	平成15年8月8日	※ユニット数 と利用定員	(3)ユニット 利用定員(27)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	商業地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄骨陸屋根) 造り (4 階建ての 1 階・2 階部分)
※広 さ	敷地面積 (1658.1) m ² 延床面積 (1111.66) m ² 1 室あたりの居室面積 (15.64) 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)	(24,000) 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		
※食 費	朝 食 (200) 円 昼 食 (300) 円 夕 食 (400) 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	即日現金支払い	実費相当額	
②おむつ代	月末一括現金支払い	実費相当額	
③ そ の 他	嗜好品	即日現金支払い	実費相当額

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (27 名) [男性 (5 名) 女性 (22 名)] 要介護1 (9 名) 要介護2 (8 名) 要介護3 (4 名) 要介護4 (6 名) 要介護5 (0 名) 年齢 (平均 83.4 歳) [最低 (56 歳) 最高 (94 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none">・要介護度1以上で痴呆の診断を受けている方。・少人数での共同生活を営むことに支障のない方。・医療機関での急性期治療を必要としていない方。・他の入居者に伝染する疾患のない方。・自傷他害の恐れのない方。・身元引受人をたてることのできる方。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none">・入居者が、サービス利用開始時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果居住の継続をしがたい重大な事情を生じさせた場合。・サービス利用の料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。・入居者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の入居者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、居住の継続をしがたい重大な事情を生じさせた場合。・入居者が連続して3ヶ月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合。

(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 (花 家)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 1名) 常勤換算 (7. 3名) ・非常勤 (6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)(292)時間÷40時間=常勤換算数(7.3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 (鬼塚毅)	■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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 9 か月) 痴呆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 (認知症介護実務者研修 専門課程) ()
	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 9 か月) 痴呆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 (認知症介護実務者研修 専門課程) ()
その他介護職員 (7) 名 1名の者が精神科介護 士、ホームヘルパー1級 を併せて保持。正看護師 1名は「スマイル」、「笑 ん家」の看護師と兼務。	資格 介護福祉士 (0) 名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (精神科介護士) (1 名) (ホームヘルパー1級) (1 名) (ホームヘルパー2級) (1 名) (社会福祉主事任用資格) (1 名) 痴呆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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 月 日) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(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 () ()	

ユニ ツ ト 名 (スマ イル)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 2名) (兼務 1名) 常勤換算 (6.5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)(260)時間÷40時間=常勤換算数(6.5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 (鬼塚毅)	■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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年9か月) 痴呆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 (認知症介護実務者研修 専門課程) ()
	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 (歯科衛生士、ホームヘルパー2級)) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年5か月) 痴呆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 1名の者が看護師、ホームヘルパー1級、介護福祉士を併せて保持。1名の者が精神科介護士、ホームヘルパー2級を併せて保持。正看護師1名は「花家」、「笑ん家」の看護師と兼務。	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (2) 名 介護支援専門員 (0) 名 その他 (精神科介護士) (1) 名 (ホームヘルパー1級) (1) 名 (ホームヘルパー2級) (3) 名 痴呆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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(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 () ()	

ユ ニ ツ ト 名 (笑 ん 家)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 1名) 常勤換算 (6.5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)(260)時間÷40時間=常勤換算数(6.5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 (鬼塚毅)	■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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 9 か月) 痴呆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 (認知症介護実務者研修 専門課程) ()
	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (14 年 3 か月) 痴呆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 正看護師1名は「花家」、 「スマイル」の看護師と 兼務。	資格 介護福祉士 (0) 名 看護師等 (2 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ホームヘルパー2級) (2 名) 痴呆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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(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 () ()	

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人南さつま中央病院 医療法人起生会 友松内科クリニック 医療法人正栄会 楠元クリニック 西歯科医院
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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。

とする。