

(平成18年3月1日現在)

1) 事業者の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	8	0	0	2	4	4
グループホーム名	グループホーム 三郎の家									
※ 事業主体名 (法人名)	非営利特定法人NPOみなまた					※代表者名		橋口三郎		

2) 事業の目的及び運営の方針

<p>要介護者であって痴呆状態にあるものに適性な指定痴呆対応型共同介護を提供することを目的とする。</p> <p>(1) 指定痴呆対応型共同生活介護の従業者は要介護状態にあつて痴呆の状態にあるものに対して共同生活において、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活の世話及び、機能訓練を行う。</p> <p>(2) 指定痴呆対応型共同生活介護の実施にあつては、居宅支援事業者その他、保健医療サービス、または福祉サービスの提供に努める。</p> <p>(3) 地域住民や、その他の自発的な活動などとの連携・協力をを行い、地域との交流に努める。</p>

3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>		〒 899-0138	TEL 0996-65-7740
		鹿児島県出水市住吉町 6番18号	FAX 0996-65-7741
<u>交通の便</u> (最寄りの交通機関等)		南国交通 名護バス停	
<u>開設年月日</u>	平成14年5月1日	<u>ユニット数と 利用定員</u>	(1) ユニット 利用定員合計 (8) 人
<u>グループホームの併設施設</u>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> その他 (<u>通所介護</u>)		
<u>併設施設から提供されているサービス</u>	通所介護サービス		

4) 建物等の概要

<u>都市計画法上の用途地域</u>	都市計画区域で用途指定のない地域
<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(木造防火サイディング貼り) 造り (1) 階建ての、1階部分
<u>広さ</u>	敷地面積 (981, 12) m ² 延床面積 (214, 21) m ² 1室あたりの居室面積 (内法) 最低 (9, 93) m ² 最高 (9, 94) m ²
<u>夫婦部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃</u>	月額 (20,000) 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 返金の有無		<input type="checkbox"/> 有 (返金の方法・金額等) <input type="checkbox"/> 無	
食材料費		朝食 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (400) 円 おやつ代 (なし) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u> (例示された費目だけでなく、実際に徴収しているすべての費目を記載すること。)			
名 目		徴収方法	金 額 (円)
①理美容代		実費	
②おむつ代		実費	
③光熱水費			5, 000円
④その他			

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態 ※入居者 1 名、入院中 (要介護度 3, 88 歳)	入居人数 (8 名) (男性 (1) 名 女性 (7) 名)
	要介護 1 (0 名) 要介護 2 (1 名) 要介護 3 (5 名) 要介護 4 (2 名) 要介護 5 (0 名)
	年齢 (平均 86 歳) (最低 76 歳) (最高 97 歳)
<u>入居にあたっての条件</u>	主治医の診断書に基づき、痴呆状態であることを確認する。 (要介護状態であること)
退居にあたっての条件	要介護状態区分が変更され、自立または要支援と認定された時。

7) 職員の概要 (本頁は、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。)

(ユニット名)	総数	(11 名)
		(内訳)・常勤(専任 6 名) (兼務 2 名) ・非常勤(3 名)
		常勤換算※(5, 3名)
		※職員の勤務時間を1週間あたり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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	管理者 氏名(柏木敦子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 デイサービス三郎の家) 資格(看護師、介護支援専門員) 施設長 痴呆性高齢者のケアの経験年数(5 年 10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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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(柏木敦子)	資格(看護師、介護支援専門員)) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(5 年 10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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士(2 名) 看護師(1 名) その他(準看護師1名、ヘルパー2級3名、ヘルパー1級2名) 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) 受講済者(1 名) (専門課程) 受講済者(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(柏木 敦子) ※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(看護師、介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(5 年 10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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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。

8) その他

<u>提携医療機関名</u>	水俣協立病院、協立クリニック、ニューライフ出水（老健） 福留歯科、東医院
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御記入ください。）	事業受託はしていない
入居者家族会等の有無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員（注）等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有（具体的に御記入ください。）
	<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）にもと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。

- ※ 欄のある箇所は、どちらかをレ点でチェックしてください。
添付書類：図面及び運営規程（利用料が記載されているもの）
（大きさはA4版とすること）