

(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 10 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	3	0	0	9	6	3
※グループホーム名	グループホームあすかちゃんの家									
※事業主体名(法人名)	仁救所有限公司					※代表者名	前園利秋			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

本事業は要支援 2 及び要介護者であって認知症の状態にあるものについて、その共同生活を営むべき住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の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出来るように支援することを目的とする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893 -1604 ) 鹿屋市串良町下小原 3046-1			
※連絡先	電 話	0994-63-9581	F A X	0994-63-9581
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通鹿屋、志布志線平和公園前下車徒歩5分			
開設年月日	平成 17 年 12 月 26 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。)	はり・きゅう院併設 要望あれば治療を行います。			

(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	(木造平屋防火壁構造) ( 階建ての 階部分)
※広 さ	敷地面積 (754 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 280,23 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 (10,83 ) m <sup>2</sup>
※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) 光熱費含む		( 20000 ) 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 ( 833.3 ) 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	その都度	実費
②おむつ代	その都度	実費
③ そ の 他	個人的な 必要物品	その都度

(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 (   名 )    要介護3 ( 4 名 ) 要介護4 (   名 )    要介護5 (   名 )
	年齢 (平均 83,5 歳)    [最低 ( 76 歳 )    最高 (90 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にあるものうち、次の各号をみたすものとする。 1、少人数による共同生活介護を営むことに支障がないこと 2、著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者でないこと 3、入院治療を要する者でないこと
退居に当たっての条件	1、利用料その他支払うべき費用を3ヶ月以上滞納したとき 2、当共同生活住居を損傷する行為を反復したとき 3、入院治療が必要となる等自ら介護サービスを提供することが困難となったとき 4、他の利用者の生活又は健康に重大な危険を及ぼし、または他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をなしたとき

(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	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算( 8 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 職員の1週間の勤務延時間数(注)(240)時間÷40時間=常勤換算数(6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 (前園みさ子)	■専任 □兼務(兼務の施設名 ) 資格(■看護師, ■ヘルパー1級 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 7 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]・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 (認知症高齢者グループホーム管理者研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( )	資格(■看護師, ■社会福祉士, ■介護支援専門員 ■はり・きゅう師 ■福祉住環境コーディネーター2級 ■ 調理師) 認知症高齢者のケアの経験年数( 1 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 (認知症介護実践者研修 )
	その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士( 1 ) 名 ヘルパー2級( 6 ) 名 レクレーション指導員( 1 ) 名 調理師( 1 ) 名 ガイドヘルパー( 1 ) 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 (リスクマネジャー養成研修 ) 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	1、緑ヶ丘心療内科 2、東條医院 3、重久歯科医院
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(原則何時でも良)
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。 z z あ z

(調査様式2)

## 過去1年間の退居者の状況及び職員の異動状況

(平成18年10月15日現在)

□ 複数ユニットある場合は、各ユニットごとに作成してください。

グループホーム名(あすかちゃんの家) ユニット名( ) 法人等名(仁教所有限会社)

### 1 過去1年間の退居者の状況

退居者数	2人	
(内訳) 退去者ごとの、 退居先、退居時点 での入居期間、 退居の理由	1	退居先: <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input checked="" type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特定施設・ <input type="checkbox"/> 他のグループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 退居時点での入居期間( 年 1ヶ月間) 退居の理由(脳梗塞発症のため)
	2	退居先: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特定施設・ <input type="checkbox"/> 他のグループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 退居時点での入居期間( 年 5ヶ月間) 退居の理由(入居時より自宅願望強く他の入居者とのトラブルにより自分から退去される)
	3	退居先: <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特定施設・ <input type="checkbox"/> 他のグループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 退居時点での入居期間( 年 ヶ月間) 退居の理由( )
	4	退居先: <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特定施設・ <input type="checkbox"/> 他のグループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 退居時点での入居期間( 年 ヶ月間) 退居の理由( )
	5	退居先: <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特定施設・ <input type="checkbox"/> 他のグループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 退居時点での入居期間( 年 ヶ月間) 退居の理由( )

(注) 退居者数には、過去1年間にグループホームを退居した者の累計数を記入ください。

退居先、退居時点での入居期間、退居の理由は、過去1年間の退居者ごとに記入ください。

(欄が不足する場合は、任意の用紙に記入ください。)

## 2 過去1年間の職員の異動状況

管理者	管理者の交代： 回 → 交代の理由( )
-----	----------------------

計画作成 担当者	(1) 計画作成担当者の交代： 回 (2) 交代の理由( )
-------------	-----------------------------------

介護職員	(1) 過去1年間継続してグループホームの業務に従事した者： 8 人  (2) 過去1年間の異動状況 ① 退職者等： 0 人 (内訳) ア 病気療養等による退職： 人 イ 家族の介護等による退職： 人 ウ 産休、育休による長期休業： 人 エ 法人内異動による転出： 人 オ その他( )： 人  ② 採用、転入者等： 人 (内訳) ア 新規就業者： 人 イ 法人内異動による転入： 人 ウ その他( )： 人
------	---

(注) 調査時点から過去1年間に、グループホームを退職した又はグループホームに就業した(新卒、中途採用者を問わない)職員の異動状況を記入してください。

開設1年未満の事業所は、開設時から調査時点の状況を記入してください。