

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	5	4	0	0	0	7	3
※グループホーム名	さくらのお家									
※事業主体名(法人名)	一 桜 会					※代表者名	吉留五十二			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>本事業は認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて可能な限り、自立して営む事が出来るような支援をする事を目的とする。</p>
---

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899 -5302 ) 鹿児島県始良郡蒲生町上久徳 2511-2			
※連絡先	電 話	0995-52-1881	F A X	0995-52-8129
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス			
開設年月日	平成 11 年 10 月 1 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	区域区分未設定都市計画区域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 537.12                      延床面積 ( 257.12                      ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.06 以上                      ) m <sup>2</sup>			
※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 (日額)	( 650 ) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円 <input 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 ( 1, 000 ) 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	本人負担		
②おむつ代	本人負担		
③ そ の 他	水道光熱費	日額	350 円
	居室料	日額	650 円

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名) [男性 ( 名) 女性 ( 9 名)]
	要介護1 ( 4 名) 要介護2 ( 1 名) 要介護3 ( 3 名) 要介護4 ( 1 名) 要介護5 ( 名)
	年齢(平均 88 歳) [最低( 81 歳) 最高( 96 歳)]
※入居に当たっての条件	本事業は、指定対応型共同生活介護であり、主治医の診断書等により認知症を有し在宅における生活が困難な要介護者を対象に、指定介護サービスを提供されるものである。但し暴力的な行動があり他の利用者に害を及ぼす行為のあるかたを除くものとする。
退居に当たっての条件	事業所の入居の必要性を判断し、介護度が要支援に改善された時、又、病気が悪化し医療機関に入院した場合は一定の期間を持って退居するものとする。《概ね1~2ヶ月》 法令の定めるところにより、退去の指示が出されているにもかかわらず家庭の都合により退居に応じる事が出来ない場合は、退居を円滑に進めるための市町村介護保険課や他の事業所と退居についてのサービス担当者会議を開催するものとする。

(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 ( い き い き (	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 常勤換算( 7.5 名) ・非常勤 ( 2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 1 <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 南郷 宏子	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格 介護支援専門員 認知症高齢者のケアの経験年数( 11 年 ヶ月) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 認知症介護技術研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名 南郷 宏子	資格(介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数( 11 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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( 5 )名 看護婦( 名) ( 2 級ヘルパー 2 ) その他( 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( 1 名) (専門課程) 受講済者( 1 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( ) 認知症性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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input 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

※提携医療機関名	吉留クリニック 吉留五十二 たがた歯科 田方義弘
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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間設定の有無	<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) 蒲生町介護保険課及び保健衛生課、福祉課等随時行っ ている。また地域の民生委員、地区の会長との連携が取ら れている。  <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、都道府県知事に届け出るものとする。

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	5	4	0	0	0	7	3
※グループホーム名	さくらのお家									
※事業主体名(法人名)	一 桜 会					※代表者名	吉留五十二			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>本事業は認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて可能な限り、自立して営む事が出来るような支援をする事を目的とする。</p>
---

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899 -5302 ) 鹿児島県始良郡蒲生町上久徳 2511-2			
※連絡先	電 話	0995-52-1881	F A X	0995-52-8129
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス			
開設年月日	平成 17 年 9 月 10 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	区域区分未設定都市計画区域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 721.31      延床面積 ( 274.10      ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 8.97 以上      ) m <sup>2</sup>			
※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 (日額)	( 650 ) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円	<input 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 ( 1, 000 ) 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	本人負担	
②おむつ代	本人負担	
③その他	水道光熱費	日額 350 円
	居室料	日額 650 円

## (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 ( 8 名)]
	要介護1 ( 3 名) 要介護2 ( 3 名) 要介護3 ( 1 名) 要介護4 ( 2 名) 要介護5 ( 名)
	年齢 (平均 87 歳) [最低 ( 73 歳) 最高 ( 100 歳)]
※入居に当たっての条件	本事業は、指定対応型共同生活介護であり、主治医の診断書等により認知症を有し在宅における生活が困難な要介護者を対象に、指定介護サービスを提供されるものである。但し暴力的な行動があり他の利用者に害を及ぼす行為のあるかたを除くものとする。
退居に当たっての条件	事業所の入居の必要性を判断し、介護度が要支援に改善された時、又、病気が悪化し医療機関に入院した場合は一定の期間を持って退居するものとする。《概ね1~2ヶ月》 法令の定めるところにより、退去の指示が出されているにもかかわらず家庭の都合により退居に応じる事が出来ない場合は、退居を円滑に進めるための市町村介護保険課や他の事業所と退居についてのサービス担当者会議を開催するものとする。

(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 (  ら く ら く   )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 常勤換算 ( 7.7 名) ・非常勤 ( 2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 1 <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 南郷 宏子	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格 介護支援専門員 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 11 年 ヶ月) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 認知症介護技術研修 )
	計画作成担当者 氏名 上提 敦子	資格(介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 9 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input 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 ( 3 ) 名 看護婦 ( 名) ( 2 級ヘルパー 3 ) その他 ( 2 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 ( 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 ( ) 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 ( ) 認知症性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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input 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

※提携医療機関名	吉留クリニック 吉留五十二 たがた歯科 田方義弘
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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間設定の有無	<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。 蒲生町介護保険課及び保健衛生課、福祉課等随時行っ ている。また地域の民生委員、地区の会長との連携が取ら れている。  <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、都道府県知事に届け出るものとする。