

(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 11 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	7	7	0	0	1	7	3
※グループホーム名	おおきな木									
※事業主体名(法人名)	有限会社 三木					※代表者名	森 潤一郎			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症の状態にある要介護者を共同生活住居において家庭な環境の下で入浴、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認知症状の進行を穏やかにし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できるように援助することを目的とします。本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。利用者一人ひとりの人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の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を心をこめて提供する。穏やかに安心して日常生活を送ることができる環境を提供する。利用者及びその家族に対し、サービス内容及びその家族に対し、サービス内容及びその提供方法についてわかりやすく説明する。常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。地域の中で信頼され、ふれあいの出来る施設であること

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893 - 2502 ) 鹿児島県肝属郡南大隅町根占川南 3611 番地			
※連絡先	電 話	0994-24-2001	F A X	0994-24-2001
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス 諏訪下 (バス停)			
開設年月日	平成 17 年 5 月 31 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。)				

※都市計画法上の 用途地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	( 鉄骨木造 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 ( 1201 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 282,40 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10・19 ) m <sup>2</sup>		
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	( 一万五千 ) 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 ( 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	実費	
②おむつ代	実費	
③その他	病院受診代	
	薬代	
	日用品	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 8 名) [男性 ( 3 名) 女性 ( 5 名)]
	要介護1 ( 3 名) 要介護2 ( 2 名) 要介護3 ( 3 名) 要介護4 ( 0 名) 要介護5 ( 0 名)
	年齢 (平均 88 歳) [最低 ( 77 歳) 最高 ( 94 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定審査を受けた要介護者であって認知症の状態にあるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がないもの 主治の医師の診断書により当該入居も申込者が認知症状を有する者であることを確認を行う。入居申込者が入院治療を要する者であること等入居申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な他の介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じることとする。入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努める。その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が他の指定居宅介護サービス等を利用することによって、自宅において日常生活を営むことができるかどうかを検討しなければならない
退居に当たっての条件	

(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 6 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 6・6 名) ・非常勤 ( 3 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) ( ) 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 type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	※管理者 氏名  (山野 和美)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 8 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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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 ( ) ( )
	計画作成担当者 氏名	資格( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 8 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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 ( ) ( )
	その他介護職員 ( 8 ) 名	資格 介護福祉士( 1 ) 名 看護師等( 3 名) 介護支援専門員( 1 ) 名 その他 ( ヘルパー一級 二級 ) ( 5 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 ( ) 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( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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。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	阿久根医院 永田歯科 みなみかぜ 崩愛園
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。