

(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23日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	5	0	0	8
※グループホーム名	グループホーム エデンの丘									
※事業主体名(法人名)	医療法人 博悠会					※代表者名	中村哲三郎			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<ul style="list-style-type: none">・高齢者が介護が必要になっても住みなれた地域で、従来の生活の延長で暮らせる受け皿としての施設・小規模ユニットの個別ケアによる、一人一人の生活スタイルや嗜好に対応したケアの実施。・ケア提供側の論理ではなく、利用者及び家族の顕在化したニーズにとどまることなく、潜在化しているニーズまで掘り起こし、自己実現のお手伝いをしていきたい。たとえ認知症があってもそれは特別なことではなく、残存機能を生かし心豊かに生きることができるようケアを行っていきたい。またより多くの地域社会資源の活用及び連携を行うことにより、個人のニーズにとどまらず、地域のニーズにも応える施設・組織作りを行います。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0862) 鹿児島市坂元町161番4			
※連絡先	電 話	099-247-5050	F A X	099-247-5055
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通・鹿児島市営バス停(坂元郵便局前バス停)徒歩1分			
開設年月日	平成18年 2月13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。)	デイサービス エデンの丘			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第一種低層住宅専用地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(軽量鉄骨2階建て) 造り (階建ての 階部分)
※広 さ	敷地面積 (2379.58) m ² 延床面積 (575.48) m ² 1室あたりの居室面積 (平均約15.0) 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）	（ 39,000 ）円 30日		
※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（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	希望者があった時、その都度。あ預り金より	2,000円/回	
②おむつ代	家族持参で特に集金などしてない		
③その他	電気毛布	月末締め請求の翌月支払い	100円/日
	電気あんか	月末締め請求の翌月支払い	100円/日
	テレビ	月末締め請求の翌月支払い	50円/日
	ラジオ	月末締め請求の翌月支払い	50円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 8名 ）〔男性（ 1名 ） 女性（ 7名 ）〕
	要介護1（ 1名 ） 要介護2（ 1名 ） 要介護3（ 5名 ） 要介護4（ 1名 ） 要介護5（ 名 ）
	年齢（平均 86.6 歳）〔最低（ 74 歳） 最高（ 97 歳 ）〕
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定で要介護1以上の方で ・ 主治医の診断書により認知症であることが証明されること。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状が悪化して、共同生活に耐えられないと判断された時。 ・ 本人及び家族の意思で退去しようとする時は、少なくとも1ヶ月前に施設に申し出て下さい。 ・ 利用者の精算は全て日割り計算します。1日に端数があるときは、原則として1日とみなします。又、精算日は退所日とし、して1日とみなします。また、精算日は退所日とし、施設は精算時に明細書及び領収書を発行します。

(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 (二 階)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 1名) 常勤換算 (8.5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)()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 (上村 文則)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (14年 11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) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8年 8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) <input checked="" 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 (7.5) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (1名) 介護支援専門員 () 名 その他 (1級・2級ヘルパー) (5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 (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) 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) <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	中村（哲）産婦人科 大坪歯科
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。）	必要に応じて市町村とは積極的に連携をとります。
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。