

(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30日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	5	0	0	2	2	4
※グループホーム名	グループホームさくらの丘									
※事業主体名(法人名)	医療法人 芳清会					※代表者名	有川 清 猛			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>&lt;事業の目的&gt; 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・排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、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ことができるよう支援することを目的とする。</p> <p>&lt;運営の方針&gt; (1) 本事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係法令通知等、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 (2) 利用者の人格を尊重し、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提供する。 (3) 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明をする。 (4) 適切な介護技術をもって、サービスを提供する。 (5) 常に、提供したサービスの質の管理・評価を行う。</p>
---

(3) 組織の概要

※所在地	(〒896-0052) 鹿児島県いちき串木野市上名字梨堀8974番地			
※連絡先	電 話	0996-21-2777	F A X	0996-21-2778
交通の便 (最寄り交通機関等)	J R 串木野駅車で10分			
開設年月日	平成17年10月21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	都市計画区域内無指定
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	( 木造 ) ( 1 階建ての 1 階部分)
※広 さ	敷地面積 ( 2,669.62 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 689.28 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 12.6055 ) 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)	( 30,000 ) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( 10,000 ) 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 ( 200 ) 円    昼 食 ( 350 ) 円 夕 食 ( 350 ) 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	請求書を渡しその都度徴収	実費	
②おむつ代	請求書を渡しその都度徴収	実費	
③ そ の 他	水道光熱費	月額請求	9,000 円/月
	その他日常生活において利用者の嗜好に基づき、利用者が負担することが適当と認められる費用	請求書を渡しその都度徴収	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 16 名) [男性 ( 5 名) 女性 ( 11 名)]
	要介護1 ( 5 名) 要介護2 ( 7 名) 要介護3 ( 4 名) 要介護4 ( 0 名) 要介護5 ( 0 名)
	年齢 (平均 84 歳) [最低 ( 74 歳) 最高 ( 92 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り、かつ次の各号を満たす者 ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと ② 自傷他害のおそれがないこと ③ 常時医療機関において治療をする必要がないこと
退居に当たっての条件	① 入居にあたっての非該当者 ② 入居者又は扶養義務者が退居を申し出た時 ③ 利用料の滞納があり、契約の解除通告をし、予告期間を満了した場合 ④ 常時医療機関の治療を必要とした場合又は入院が長期に渡る場合

(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。）

ユニット名（よつちゃん家）	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 8.8 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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1 名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	※管理者 氏名 (森田 たつみ)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" 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( 9 年 2 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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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	資格( <input checked="" 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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 5 年 8 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 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 ( ) ( )
その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士( 3 ) 名 看護師等( 名) 介護支援専門員( ) 名 その他(ホームヘルパー2級)( 3 名) (ホームヘルパー1級)( 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 ( ) 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	・医療法人芳清会 串木野内科・循環器科 ・丸田歯科クリニック
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。)	市事業の委託等の要請があれば、市との連携を確保するため担当課との連絡を密にして参ります。
✓ 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 ( 10 時～ 20 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。