

(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19年1月31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	4	7	4	6
※グループホーム名	シルバープラザグループホーム愛									
※事業主体名(法人名)	医療法人 愛人会					※代表者名	川島 裕雄			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

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確保し、かつ利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して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。

本事業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、関係する厚生労働省令、告知の旨及び内容に沿ったものとする。

利用者の認知症の症状の進行を緩和し、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。利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明し同意したうえで、共同生活介護計画書を交付し、常に提供しているサービスの質の管理、評価を行うと共に定期的に外部の者による評価を受けて常にその改善を図っていくこととする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0141) 鹿児島県鹿児島市谷山中央1丁目40088-14			
※連絡先	電 話	(099)-263- 6470	FAX	(099)-263- 6468
交通の便 (最寄り交通機関等)	谷山駅まで1分(目の前)			
開設年月日	平成17年11月2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 レクリエーション時に、リビング(ホール)を使用させてもらう。			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	商業地域
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄筋コンクリート)造り(5階建ての3,4階部分)

※広 さ	敷地面積 (370, 97) m <sup>2</sup> 延床面積 (481, 70) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 (10, 48) 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）	（ 39000 ）円		
※保証金の有無（入居時一時金）	□有（ ）円 □無		
	有の場合償却の有無	□有（期間： ）円 □無	
※食費	朝食（ ）円 昼食（ ）円 夕食（ ）円 おやつ（ 40 ）円 又は1日（1000）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	別途お預かり金より捻出。近くの理容室からの出張サービス。	一回1000円	
②おむつ代	月末支払い（グループホーム料金と同時に）	使用されたオムツに応じて。	
③その他	おやつ代	月末支払い（グループホーム料金と同時に）	1200円（月）

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 18名） [男性（ 4名） 女性（ 14名）]
	要介護1（8名） 要介護2（2名） 要介護3（6名） 要介護4（2名） 要介護5（ 名）
	年齢（平均86.9歳） [最低（71歳） 最高（100歳）]
※入居に当たっての条件	
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。)

ユニット名 (シルバークラザグループホーム愛4f)	総数	( ) 名 (内訳)・常勤 (専任 ( ) 名 (兼務 ( ) 名) 常勤換算 ( ) 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 1名 <input type="checkbox"/> 兼務 1名 (兼務の施設 デイサービス愛) <input type="checkbox"/> 夜勤 ( ) 1名 <input type="checkbox"/> 宿直 ( ) 1名
	※管理者 氏名 (杉本 孝子)	<input type="checkbox"/> 専任 ( ) 名 <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 ( ) 6年 ( ) 4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 (みんなの体操幹部指導者研修) ( )
	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 ( ) 6年 ( ) 4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 (みんなの体操幹部指導者研修) ( )
その他介護職員 ( ) 名	資格 介護福祉士 ( ) 名 看護師等 ( ) 名 介護支援専門員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 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 愛人会 川島病院
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 type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (7時～21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。 平成18年12月鹿児島市より介護相談員が訪問
	<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。