

(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 12月 01日現在)

(1) 事業主体の概要

Bユニット

介護保険事業所番号	4	6	7	0	2	0	0	5	1	0
※グループホーム名	ふるさとの家「すずらん」									
※事業主体名(法人名)	医療法人 厚徳会				※代表者名			理事長 日高 覚		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護状態であって、認知症の状態(著しい精神症状や著しい行動異常があるもの、急性期状態にあるものを除く。)にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、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なうことにより、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することを目的とし、従業者は要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した共同生活ができるように支援する。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険/医療/福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-0031) 鹿児島県薩摩川内市勝目町5215-5			
※連絡先	電話	0996-27-6060	FAX	0996-27-6060
交通の便 (最寄りの交通機関等)	国道3号線林田・南国バス勝目バス停より徒歩5分 葬祭場 紫雲閣 隈之城斎場すぐ近く			
開設年月日	平成13年 1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 (併設施設のサービス があればご記入下さい。)	居宅介護支援センター すずらん 訪問看護ステーション すずらん ヘルパーステーション すずらん デイサービスセンター すずらん 日高内科クリニック(通所リハビリテーション)			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	
※建物形態	■単独型 □併設型
※建物構造	(木造) 造り (1階建ての 1階部分)
※広さ	敷地面積 (700) m ² 延床面積 (232.2) m ² 1室あたりの居室面積 (12.5) m ²
※二人部屋の有無	■有 □無

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(40,000 円 (8 畳タイプ) 50,000 円 (10 畳タイプ)) 円		
※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 checked="" type="checkbox"/> 無	
※食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (530) 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			
②おむつ代			
③ そ の 他	管理費 (水道・光熱費)	現金振込み	20,000 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 (2 名) 女性 (7 名)]
	要支援2 (0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 (0名)
	年齢 (平均 88 歳) [最低 (85 歳) 最高 (91 歳)]
※入居に当たっての条件	契約書参照
退居に当たっての条件	契約書参照

(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 （ B ）	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (7 名) ・非常勤 (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)(280)時間÷40時間=常勤換算数(7 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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (大塚 浩二)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他(訪問介護員1級) 認知症高齢者のケアの経験年数(3 年 5 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) □受講済 ■未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 ■受講済 □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(□看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 ■その他(訪問介護員1級) 認知症高齢者のケアの経験年数(3 年 5 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・介護実務認知症研修(基礎課程) □受講済 ■未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他の介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士(2)名 看護師等(名) 介護支援専門員(名) その他(ヘルパー2級 4名、1級 1名)(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 ている場合には記入する こと	資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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も介護従事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	日高内科クリニック 整形外科こざくらクリニック こすも歯科医院
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 (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サービスを行なう者のこと。

(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、市町村長に届け出るものとする。