

(別紙1)

## 認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成19年 2月 1日)

### 1) 事業主体の概要

事業所名	医療法人豊寿会グループホーム菜の花園	事業主体名	医療法人
		代表者名	理事長 川井田 繁
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 ( ) 役職 ( )

### 2) 事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)医療法人豊寿会が開設する痴呆対応型共同生活介護事業 グループホーム菜の花園(以下「事業所」という)が行う指定痴呆対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従事者が要介護状態にある高齢者に対して適正な指定痴呆対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

(運営の方針)指定痴呆対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって痴呆の状態にあるものについて、共同生活住居(法第七条第十五項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)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努めるものである。

### 3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用共同生活介護

### 4) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒 889-4412 鹿児島県霧島市霧島大窪字向田63番地2 TEL (0995)64-8095 FAX (0995)64-8096		
交通の便(最寄りの交通機関等)	霧島神宮駅徒歩20分		
開設年月日	平成15年2月14日	ユニット数と利用定員	(2) ユニット 利用定員(18)人
事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)			

5) 建物の概要

建 物 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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 (      1951.98      ) m <sup>2</sup> 延床面積 (1号棟 294.41    2号棟 298.31) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 (      10.59 ) m <sup>2</sup>  <b>※別紙1-1 (再掲) へ記入有</b>
二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家                      賃 (日 額 )	(      1 0 0 0      ) 円	
敷                      金	<input type="checkbox"/> 有 (                      ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
保証金の有無(入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 (                      ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( 期間 :                      ) <input type="checkbox"/> 無	
食                      材                      料                      費	朝 食 (      2 0 0      ) 円      昼 食 (      4 0 0      ) 円 夕 食 (      4 0 0      ) 円      おやつ (                      ) 円 又は1日 (                      ) 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光 熱 水 費	月締請求	2 0 0 円 / 日
④そ の 他		
•		
•		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>※介護予防指定認知症対応型共同生活介護を提供している場合、要支援者2の数を記載すること</p>	<p>利用人数（ 17名） （男性（ 0名）女性（ 17名））</p> <hr/> <p>要介護1（ 4名） 要介護2（ 5名） 要介護3（ 1名）          要介護4（ 6名） 要介護5（ 1名） 要支援2（ 0名）</p> <hr/> <p>年齢（平均 81.2歳） （最低 69歳） （最高 97歳）</p>												
<p>利用に当たっての条件</p>	<p>要支援2又は要介護1以上で認知症の状態にある方</p>												
<p>退居に当たっての条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡時</li> <li>・ 入院2ヶ月以内の退院の見込がない場合</li> </ul>												
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数（ 23 ）人</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">主な理由</td> <td style="width: 40%;">退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 死亡</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>・ 入院</td> <td>（ 病院 ）</td> </tr> <tr> <td>・ 他施設へ</td> <td>（特別養護老人ホーム）</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>（ ）</td> </tr> </table>	主な理由	退居先	・ 死亡	（ ）	・ 入院	（ 病院 ）	・ 他施設へ	（特別養護老人ホーム）	・	（ ）	・	（ ）
主な理由	退居先												
・ 死亡	（ ）												
・ 入院	（ 病院 ）												
・ 他施設へ	（特別養護老人ホーム）												
・	（ ）												
・	（ ）												

8) 職員の概要（複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。）

総 数     (ユニ ット 名)	( 7 名)  (内数)・常 勤 (専任 7名) (兼務 名) ・非常勤 ( 名) } 常勤換算 ( 7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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務の施設 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 0名)
管理者 氏名 (阿萬 ひづる)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 菜の花園 2号棟 ) 資格 ( 看護師 介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数 ( 11年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者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 (阿萬 ひづる)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 ( 看護師 介護支援専門員 ) 認知症介護の経験年数 ( 11年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 ( ) ( ) <b>※別紙1-1 (再掲) へ記入有</b>
その他の職員   )	資格 介護福祉士 ( 2名) 看護師 ( 名) その他 (ヘルパー2級) ( 2名) 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 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 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) <b>※別紙1-1 (再掲) へ記入有</b>
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 退職 ③ 常勤職員の交代回数 ( 10 ) 回 (理由) 退職



9) その他

協力医療機関名	国分生協病院 川井田医院 きりしま歯科医院
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 ) <b>※別紙 1 - 1 (再掲) へ記入有</b>
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 ( 2 か月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 管理者 民生委員 行政職員  <b>※別紙 1 - 1 (再掲) へ記入有</b>
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9時~20時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員注) 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)  <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18 年 6 月 10 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成 18 年 5 月 24 日老計発第 0524001 号厚生労働省老健局計画課長通知)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。

(記入上の留意事項)

- 1 「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 3 7) において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。

※別紙1-1 (再掲)

(認知症高齢者グループホームに係る情報提供票の補足として使用してください。)

<p>5) 建物の概要 広 さ</p>	<p>1 室当たりの居室面積 ( 10.59 ) m<sup>2</sup> 最小値 ( 9.47 ) m<sup>2</sup> 最大値 ( 10.59 ) m<sup>2</sup></p>
<p>8) 職員の概要 計画作成者 (介護支援専門員の場合)</p>	<p><input type="checkbox"/> 勤務形態 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤</p>
<p>その他の職員の 研修受講状況</p>	<p>認知症介護に関する研修の今年度受講者数 (見込みの者を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講者 ( 1 名) (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講者 ( 名)</li> <li>・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講者 ( 名)</li> <li>・ 認知症対応型サービス事業開設者研修 <input type="checkbox"/> 受講者 ( 名)</li> <li>・ 認知症対応型サービス管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講者 ( 1 名)</li> </ul> <p style="text-align: right;">計 ( 2 名)</p>
<p>9) その他 医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置 (契約により確保する場合も含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 ( 1 名)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 ( 1 名)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 准看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 常 勤 ( 名)</li> <li><input type="checkbox"/> 非常勤 ( 名)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 契約により確保している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 契約先 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション</li> <li><input type="checkbox"/> 病院・診療所</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 包括払い <ul style="list-style-type: none"> <li>1ヶ月の総額での支払いとしている場合</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 利用実績による出来高払い <ul style="list-style-type: none"> <li>1ヶ月の出来高払いでの支払いとしている場合</li> </ul> </li> </ul>

	<input type="checkbox"/> 兼務している職種 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 介護職員とは別の勤務体制を取っている職員 (            名) <b>【看護師・准看護師が介護職員とは、別の勤務体制を取っている場合は、その数を入力してください。】</b>
<p>運営推進会議の設置 状況</p>	<input type="checkbox"/> 開催回数 (        2    回) <b>【平成 18 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの間の開催回数を記入して下さい。】</b>  <input type="checkbox"/> 市町村職員や地域包括支援センター職員の出席について <input checked="" type="checkbox"/> 出席したことがある <input type="checkbox"/> 出席したことがない