

(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 2月 1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	6	0	0	1	1	5
※グループホーム名	グループホーム 風の詩									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 桜仁会					※代表者名	古郷 節子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、介護従事者が認知症の状態にある要介護者などに対し、適正な生活介護事業を提供する事を目的とする。 運営方針として、 1. 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止に資するよう、日常生活に必要な援助を行う 2. 利用者の人格を尊重し、利用者が必要とするサービスを介護計画により提供する 3. サービス内容及び提供方法などについて、家族、利用者に解り易く説明する 4. 適切な介護技術を持ってサービスを提供する 5. 提供したサービスについては質の管理、評価を行う

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-1611) 鹿児島県阿久根市赤瀬川276-1番地			
※連絡先	電 話	0996-64-6211	F A X	0996-64-6211
交通の便 (最寄り交通機関等)	阿久根駅より徒歩25分、約2km			
開設年月日	平成13年 4月 1日	※ユニット数 と利用定員	(1) ユニット 利用定員 (9) 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。)	隣接敷地内に特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、老人保健施設あり			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	第1種低層住居専用地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建て) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1,043) m ² 延床面積 (317.68) m ² 1室あたりの居室面積 (13.19) 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）	（ 22,500 ）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（ 200 ）円 昼食（ 300 ）円 夕食（ 300 ）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	理美容室使用の場合、実費負担	実費
②おむつ代	家族持込み	実費
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 9 名）〔男性（ 0 名） 女性（ 9 名）〕
	要介護1（ 5 名） 要介護2（ 3 名） 要介護3（ 0 名） 要介護4（ 1 名） 要介護5（ 0 名）
	年齢（平均 84.3 歳）〔最低（ 75 歳） 最高（ 94 歳）〕
※入居に当たっての条件	要支援2から要介護5までの認定者で、認知症があり、共同生活が営まれる者
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活に馴染めない方 ・ 嚥下困難などにより経口より食物が取れなくなった場合 ・ 医療的な処置を常時受けないと生命を維持できない場合

(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 ツ ト 名 (風 の 詩)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (3 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 checked="" 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 (平寄 さやか)	<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 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5 年 10 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 checked="" 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 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5 年 10 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 checked="" 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 (8) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (1) 名 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー) (3 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 (痴呆性老人処遇技術研修) 受講済者 (1 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	特定医療法人 昂和会 内山病院 ひかり 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。)	介護認定及び訪問調査など
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。