

(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	グループホームさくら	事業主体名	株式会社さくら会
		代表者名	新 美代子
		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

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人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従業者が要介護者等に対し適正な認知症対応型生活介護事業を提供することを目的とする。

指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

### 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	〒899-2702 鹿児島市福山町958番地1 TEL 278-0550 FAX 278-5757		
交通の便(最寄りの交通機関等)	R鹿児島中央駅から薩摩松元駅下車10分 薩摩松元駅から徒歩7分		
開設年月日	昭和・平成17年4月11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	(鉄骨平屋1階建て)造り (            1階建ての            1階部分)
広                      さ	敷地面積 ( 2,498.00 ) m <sup>2</sup> 延床面積 (    563.34    ) 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家                      賃 (月 額)	8畳室 ( 39,000) 円 , 6畳室 ( 21,000) 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 (    300    ) 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	月1回程度業者が来訪し、業者に直接支払う実費	
②お む つ 代	購入価格の実費。 費用は施設が立替翌月家族等に請求する。	
熱                      水                      費	毎月固定的に徴収する	15,000円
④そ                      の                      他	個人の嗜好等は実費相当額	
・		
・		

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 ( 18名) (男性 ( 2 名) 女性 ( 16名) )</p> <hr/> <p>要介護1 ( 7名) 要介護2 ( 2名) 要介護3 ( 4名) 要介護4 ( 3名) 要介護5 ( 2名) 要支援2 ( 名)</p> <hr/> <p>年齢 (平均 84.4歳) (最低 70歳) (最高 96歳)</p>
<p>利用に当たっての条件</p>	
<p>退居に当たっての条件</p>	
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 ( 6 ) 人</p> <p>主な理由 退居先</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅での生活希望 ( 自宅 )</li> <li>・ 病気治療 (通院) の為 ( 自宅 )</li> <li>・ 家族の希望 ( 家の近くの施設 )</li> <li>・ ( )</li> <li>・ ( )</li> </ul>

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。）

( 1 ユ ニ ツ ト )	総 数	( 7 名 )  (内数)・常 勤 (専任 5 名) (兼務 名) ・非常勤 ( 2 名 ) } 常勤換算 ( 6.1 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。 職員の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 ( 竹田 和浩 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) 資格 ( 介護支援専門員、看護師、救急救命士 ) 認知症介護の経験年数 ( 6 年 3 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 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 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修)
計 画 作 成 担 当 者	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 ( ヘルパー I 級 ) 認知症介護の経験年数 ( 7 年 1 1 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 type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 ( 認知症高齢者グループホーム管理者研修 ) ( ) <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 ( 社会福祉主事 ) ( 1 名 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 年 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 type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <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 ( ) 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 ( 2 ) 回 (理由) 定年退職他 ② 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 退職 (病気) ③ 常勤職員の交代回数 ( 4 ) 回 (理由) 定年退職・自主退職	

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。）

( 2 ユ ニ ツ ト )	総 数	( 7 名 )  (内数)・常 勤 (専任 6 名) (兼務 名) ・非常勤 ( 1 名) } 常勤換算 ( 6.7 名)
	※職員の勤務時間を1週間あたり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 ( 竹田 和浩 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) 資格 ( 介護支援専門員、看護師、救急救命士 ) 認知症介護の経験年数 ( 6 年 3 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 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 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修)
	計 画 作 成 担 当 者	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 ( ヘルパー I 級 ) 認知症介護の経験年数 ( 6 年 3 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 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 (認知症対応型サービス管理者研修・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修) <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 ( 名) 看護師 ( 1 名 ) その他 ( 准看護師 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 type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <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 ( ) 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 ( 2 ) 回 (理由) 定年退職他 ② 計画作成担当者の交代回数 ( 1 ) 回 (理由) 退職 (病気) ③ 常勤職員の交代回数 ( 3 ) 回 (理由) 定年退職・自主退職	

9) その他

協 力 医 療 機 関 名	木村外科内科、川畑内科クリニック、脇丸医院、渡辺ファミリークリニック 石窪歯科、しばやま歯科
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 ( 4月に 1回) メンバー構成 (役職等)  家族代表 2名  <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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 10時～ 21時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)  <input 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 3 月 22 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。