

## 認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成18年12月12日)

## 1) 事業主体の概要

事業所名	グループホームよいやんせ	事業主体名	有限会社ネバーランド
		代表者名	黒岩 尚文
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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

- 1 当事業所において提供する指定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、告示の主旨及び内容に沿ったものとする。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別に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。
- 3 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- 4 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- 5 常に、提供したサービスの質を管理、評価を行なう。

## 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		〒899-6405 霧島市溝辺町崎森2759番地1 TEL 0995-64-1188 FAX 0995-64-1234	
交通の便(最寄りの交通機関等)		鹿児島空港	
開設年月日	平成18年4月24日	ユニット数 と利用定員	( 1 ) ユニット 利用定員 ( 9 ) 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。)		小規模多機能型居宅介護	

## 5) 建物の概要

建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
建物構造	( 木造平屋 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分)
広さ	敷地面積 ( 500 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 427.29 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 10.51 ) m <sup>2</sup> ※別紙1-1(再掲)へ記入有
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)	( 30,000 ) 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	朝 食 ( 2 0 0 ) 円	昼 食 ( 3 0 0 ) 円
	夕 食 ( 3 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	月末締翌月10日 利用料と同時に徴収	実費
②お む つ 代	月末締翌月10日 利用料と同時に徴収	実費
③光 熱 水 費	月末締翌月10日 利用料と同時に徴収	250円/一日
④そ の 他		
.		
.		

## 7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 9 名) (男性 ( 2名) 女性 ( 7名))												
※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	要介護1 ( 2名) 要介護2 ( 1名) 要介護3 ( 2名) 要介護4 ( 3名) 要介護5 ( 1名) 要支援2 ( 名) 年齢 (平均 84.6歳) (最低 59 歳) (最高 104 歳)												
利用に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とする。 一、 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 二、 自傷他害のおそれがないこと。 三、 常時医療機関において治療をする必要がないこと												
退居に当たっての条件	入居後利用者の状態が変化し、上記事項に該当しなくなった場合												
開設以来の退居者数	人数 ( 0 ) 人 主な理由 <table data-bbox="564 831 1568 1093"> <thead> <tr> <th data-bbox="564 831 1257 869">主な理由</th> <th data-bbox="1257 831 1568 869">退居先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="564 869 1257 907">・</td> <td data-bbox="1257 869 1568 907">( )</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 907 1257 945">・</td> <td data-bbox="1257 907 1568 945">( )</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 945 1257 983">・</td> <td data-bbox="1257 945 1568 983">( )</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 983 1257 1021">・</td> <td data-bbox="1257 983 1568 1021">( )</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1021 1257 1059">・</td> <td data-bbox="1257 1021 1568 1059">( )</td> </tr> </tbody> </table>	主な理由	退居先	・	( )	・	( )	・	( )	・	( )	・	( )
主な理由	退居先												
・	( )												
・	( )												
・	( )												
・	( )												
・	( )												

## 9) その他

協力医療機関名	徳永医院
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( 1月に 2回) メンバー構成(役職等) ・ 地域包括家センター ・ 民生委員 ・ かかりつけ医 ・ 自治会役員 ・ ボランティア ・ 在宅介護支援センター職員 ・ 利用者家族 ・ 利用者
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 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 年 月 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)

- 「□」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。
- 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 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。