

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 20 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	7	1	0	0	1	5	0
※グループホーム名	老人グループホーム さくら通									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 以和貴会						※代表者名	西丸 重晴		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>[事業の目的]</p> <p>認知症の状態にある要介護者を、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで入浴・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生活を営むことができるよう援助する。</p> <p>[運営方針]</p> <p>利用者の認知症の進行を緩和し、利用者の心身の状況を踏まえ、趣味または嗜好に応じた活動を支援し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境のもとで、安心して日常生活が送れるよう援助する。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893 - 1604) 鹿児島県鹿屋市串良町下小原 3103-2			
※連絡先	電 話	0994-62-8887	F A X	0994-62-8890
交通の便 (最寄り交通機関等)	バス(鹿児島交通志布志・垂水線 大迫バス停から徒歩 10分)			
開設年月日	平成 17 年 2 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。)	居宅介護支援事業所 以和貴苑 指定訪問介護事業所 以和貴苑 通所介護事業所 さくら通 生活支援ハウス さくら通			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	対象外			
※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) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2126.02) m ² 延床面積 (290.74) m ² 1室あたりの居室面積 (10.19) 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）	（ 21,000 ）円		日額 700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 type="checkbox"/> 無
※食費	朝食（ ）円 昼食（ ）円 夕食（ ）円 おやつ（ ）円 又は1日（ 800 ）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	預かり金より引落し		実費
②おむつ代	預かり金より引落し		実費
③その他	医療機関送迎	預かり金より引落し	1,000円（1往復）

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 7 名）〔男性（ 1 名） 女性（ 8 名）〕
	要介護1（ 1 名） 要介護2（ 2 名） 要介護3（ 3 名） 要介護4（ 名） 要介護5（ 1 名） 要支援2（1名）
	年齢（平均 86 歳）〔最低（ 75 歳） 最高（ 96 歳）〕
※入居に当たっての条件	要支援2・要介護者であって認知症の状態にあり、少人数の共同生活を営むことに支障のない者。（医師の診断書等により認知症の状態が確認できることが必要） 認知症の状態にあるものであっても、著しい行動異常や認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者は除く。
退居に当たっての条件	①要介護認定により自立または要支援1と判定された場合。 ②長期の入院治療を要するに至った場合。 ③利用料金の変更に同意できない場合。 ④他の入居者の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合、又は傷つける恐れがある場合。 ⑤退居を希望された場合。 ⑥利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延した場合。

(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 (総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算(8 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)()時間÷40時間=常勤換算数(8 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 checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 生活支援ハウスさくら通) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (1 名)
	※管理者 氏名 (延時 美保子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 計画作成担当者を兼務) 資格 (<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 0 か月) 痴呆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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 (認知症ケアセミナー) (管理者研修会)
	計画作成担当者 氏名 (延時 美保子)	資格 (<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 0 か月) 痴呆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 checked="" 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 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 (介護支援専門員研修) (ストレスマネジメント教育研修)
	その他介護職員 (5) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (2級ヘルパー) (4 名) 痴呆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 (全老協グループホームセミナー) 受講済者 (1名) (介護実践セミナー) 受講済者 (1名)
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 (古川 久美子) 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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (7 年 5 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全老協グループホームセミナー) (第三者評価に関する研修)	

(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	小倉記念病院 宮地胃腸科外科 桜ヶ丘病院 よしどめ歯科医院
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 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。