

(平成24年6月1日)

1 事業主体の概要

グループホーム名	医療法人社団信診連 グループホーム あったか家	事業主体名	医療法人社団信診連
		代表者名	行木 絃一

2 事業の目的及び運営の方針

<p>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の介護計画を作成し、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。また、介護保険法並び厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</p>
---

3 組織の概要

所在地及び連絡先	(〒088-3202) 北海道川上郡弟子屈町鈴蘭1丁目8番1号 電話 015(482)8121		
交通の便 (最寄りの交通機関)	JR 摩周駅から徒歩 20 分 バス 阿寒バス 最寄りのバス停留所から弟子屈クリニック 前下車。そこから徒歩 10 分		
開設年月日	平成 16 年 10 月 11 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 があれば記入してください。)			

4 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 (2階建ての1階部分)
広さ	敷地面積 (1,901,39) m <sup>2</sup> 延床面積 (267,584) m <sup>2</sup> 1 室あたりの居室面積 (10,7) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 5 利用料等（入居者の負担額）

家賃（月額）	24,000円	生活保護受給者についても同額
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： ） <input type="checkbox"/> 無
食費	朝食（300円） 昼食（350円） 夕食（450円） おやつ（100円） 又は1日（1200円）	
暖房費（徴収期間 10月～4月）	3,000円	
管理費（水道光熱費）	21,000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	理美容使用时その都度支払う。	実費
②おむつ代	月末締めで徴収する。	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（1名）女性（8名） ----- 要介護1（名） 要介護2（2名） 要介護3（2名） 要介護4（1名） 要介護5（4名） ----- 年齢（平均 91歳）（最低 84歳） 最高（98歳）
入居に当たっての条件	認知症状態にあり共同生活を営むことに支障がないこと。また、自傷多害の恐れがなく常時精神神経科において治療を有していないこと。
退居に当たっての条件	グループホーム運営規程第10条にて定める状態に該当した時、契約を終了するものといたします。

## 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	（9名） ----- （内訳） ・常勤（専任 7名） （兼任 1名）（常勤換算 6,9名） ・非常勤（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）(276.3時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(6.9名) 注）勤務延時間数には、宿直時間は含まれない。
	夜間の体制	<input checked="" 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）

<p>管理者</p> <p>氏名(馬木 秀雄)</p>	<p><input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務 介護職員)</p> <p>資格 (介護福祉士、介護支援専門員)</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数 ( 7年 6ヵ月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</p> <p>・ 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事業管理者研修) ( )</p>
<p>計画作成担当者</p> <p>氏名(馬木 秀雄)</p>	<p>資格 (介護福祉士、介護支援専門員)</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数 ( 7年 6ヵ月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</p> <p>・ 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事業管理者研修) ( )</p>
<p>その他の職員</p>	<p>資格 介護福祉士 ( 1名) 看護師 ( 1名)</p> <p>その他 (ホームヘルパー2級) ( 4名)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修 (基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</p> <p>・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )</p>
<p>(再掲)</p> <p>ホーム長 注)</p> <p>氏名 (田中 真一)</p>	<p>資格 (介護福祉士、介護支援専門員)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講</p> <p>・ 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事業管理者研修) ( )</p>

注) ホーム長とは、グループホームの中で介護従事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記入は省略できる。

## 8 その他

<p>提携医療機関名</p>	<p>医療法人社団信診連弟子屈クリニック J A北海道厚生連摩周厚生病院 富本歯科医院</p>
<p>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。)</p>	
<p>入居者家族会の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>
<p>家族の面会時間の設定の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>
<p>介護相談員等の受入状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>