

事業所名: グループホームあい戸倉 事業所番号: 0191400639 (枝番) 00

**基本情報: 認知症対応型共同生活介護 (予防を含む)**

(帳票作成日: 年 月 日)

計画年度	2015	年度	記入年月日	2015年08月08日
記入者名	松代 由里		所属・職名	グループホームあい戸倉 管理者

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外)	□		○	○
		(その他の場合、その名称)			○	○
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんしんゆうかい 社会福祉法人心侑会			○	○
法人等の主たる 事務所の所在地	〒041-0822		□		○	○
	北海道函館市亀田港町56番12号				○	○
法人等の連絡先	電話番号	0138-62-3377	□		○	○
	FAX番号	0138-62-6622			○	○
	ホームページ	1:あり			○	○
	(ホームページアドレス)	http://ai-sinyukai.com/			○	○
法人等の代表者の 氏名及び職名	氏名	大倉 健治	□		○	○
	職名	理事長			○	○
法人等の設立年月日	2013/06/07		□		○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護サービスの種類	か所数	主な事業所等の名称	所在地					
＜居宅サービス＞					□			
訪問介護	1:あり	1	ヘルパーステーションあい	函館市花園町28番27号		○	○	
訪問入浴介護	0:なし					○	○	
訪問看護	0:なし					○	○	
訪問リハビリテーション	0:なし					○	○	
居宅療養管理指導	0:なし					○	○	
通所介護	1:あり	1	デイサービスあい	函館市本通4丁目17番29号		○	○	
通所リハビリテーション	0:なし					○	○	
短期入所生活介護	0:なし					○	○	
短期入所療養介護	0:なし					○	○	
特定施設入居者生活介護	0:なし					○	○	
福祉用具貸与	1:あり	1	福祉用具事業所あい	函館市花園町28番27号		○	○	
特定福祉用具販売	1:あり	1	福祉用具事業所あい	函館市花園町28番27号	○	○		

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

＜地域密着型サービス＞					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0:なし				□		○	○
夜間対応型訪問介護	0:なし						○	○
認知症対応型通所介護	0:なし						○	○
小規模多機能型 居宅介護	1:あり	3	小規模多機能ハウスあい日吉 小規模多機能ハウスあい美	函館市日吉町2丁目22番12号 函館市美原3丁目13番32号			○	○
認知症対応型共同 生活介護	1:あり	2	グループホームあい グループホームあい戸倉	函館市昭和3丁目29番47号 函館市戸倉町161番地1			○	○
地域密着型特定施設 入居者生活介護	1:あり	2	介護付有料老人ホームあい日吉 介護付有料老人ホームあい	函館市日吉町2丁目22番12号			○	○
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	0:なし						○	○
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	0:なし						○	○
居宅介護支援	1:あり	1	居宅介護支援事業所あい	函館市花園町36番11号		○	○	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

<介護予防サービス>					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護予防訪問介護	1:あり	1	ヘルパーステーションあい	函館市花園町28番27号	□		○	○
介護予防訪問入浴介護	0:なし						○	○
介護予防訪問看護	0:なし						○	○
介護予防訪問 リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防居宅療養 管理指導	0:なし						○	○
介護予防通所介護	1:あり	1	デイサービスあい	函館市本通4丁目17番29号			○	○
介護予防通所 リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防短期入所 生活介護	0:なし						○	○
介護予防短期入所 療養介護	0:なし						○	○
介護予防特定施設 入居者生活介護	0:なし						○	○
介護予防福祉用具貸与	1:あり	1	福祉用具事業所あい	函館市花園町28番27号			○	○
特定介護予防福祉 用具販売	1:あり	1	福祉用具事業所あい	函館市花園町28番27号			○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

<地域密着型介護予防サービス>					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
介護予防認知症 対応型通所介護	0:なし				□		○	○
介護予防小規模 多機能型居宅介護	1:あり	3	小規模多機能ハウスあい日 吉 小規模多機能ハウスあい美	函館市日吉町2丁目22番12 号 函館市美原3丁目13番32号			○	○
介護予防認知症 対応型共同生活介護	1:あり	2	グループホームあい グループホームあい戸倉	函館市昭和3丁目29番47号 函館市戸倉町161番地1			○	○
介護予防支援	1:あり	1	居宅介護支援事業所あい	函館市花園町36番11号			○	○
<介護保険施設>								
介護老人福祉施設	1:あり	1	特別養護老人ホームあい亀 田港	函館市亀田港町56番12号			○	○
介護老人保健施設	0:なし						○	○
介護療養型医療施設	0:なし					○	○	

2. 介護サービス(予防を含む)を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
事業所の名称	(ふりがな)	ぐるーぷほーむあいとくら		□		○	○
	グループホームあい戸倉					○	○
事業所の所在地	〒042-0953	市区町村コード	012025:函館市	□		○	○
	(都道府県から番地まで)	北海道函館市戸倉町161番地1				○	○
	(建物名・部屋番号等)					○	○
事業所の連絡先	電話番号	0138-36-5700		□		○	○
	FAX番号	0138-36-5711				○	○
	ホームページ	0:なし				○	○
	(ホームページアドレス)					○	○
介護保険事業所番号	0191400639			□		○	○
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	松代 由里		□		○	○
	職名	管理者				○	○
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)							
事業の開始(予定)年月日		2015/04/01		□		○	○
指定の年月日	介護サービス	2015/04/01				○	
	介護予防サービス	2015/04/01					○
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス	-				○	
	介護予防サービス	-					○
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。							
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定			1:あり	□		○	○
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の6に規定する登録喀痰吸引等事業者			0:なし	□		○	○
事業所までの主な利用交通手段							
函館バス 戸倉中学校下より徒歩5分				□		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等							確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数					
	専従	非専従	専従	非専従							
管理者	0人	1人	—	—	1人	0.6	□		○	○	
計画作成担当者	0人	2人	0人	0人	2人	0.4			○	○	
介護職員	10人	2人	2人	0人	14人	13人			○	○	
看護職員	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○	
その他の従業者	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5時間		□		○	○	
※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。											
従業者である計画作成担当者のうち介護支援専門員の人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
	専従	非専従	専従	非専従							
	0人	0人	0人	0人	0人	0人	□		○	○	
従業者である介護職員が有している資格											
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
	専従	非専従	専従	非専従							
介護福祉士	2人	2人	0人	0人	2人	2人	□		○	○	
実務者研修	0人	2人	0人	0人	2人	0人			○	○	
介護職員初任者研修	8人	0人	1人	0人	9人	0人			○	○	
介護支援専門員	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○	
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	12人				合計	常勤換算 人数	確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
	宿直	0人									
管理者の他の職務との兼務の有無					1:あり		□		○	○	
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等					1:あり				○	○	
(資格等の名称)					介護福祉士 介護支援専門員				○	○	
介護職員1人当たりの利用者数					1.4人		□		○	○	

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者(つづき)

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等					確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
区分	計画作成担当者		介護職員					
		常勤	非常勤	常勤	非常勤			
前年度の採用者数	0人	0人	0人	0人	□		○	○
前年度の退職者数	0人	0人	0人	0人			○	○
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	□			
1年未満の者の人数	0人	0人	1人	1人		○	○	
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	2人	1人		○	○	
3年～5年未満の者の人数	1人	0人	7人	0人		○	○	
5年～10年未満の者の人数	1人	0人	2人	0人		○	○	
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人		○	○	
従業者の健康診断の実施状況				1:あり	□		○	○
従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況								
事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況					□		○	○
(その内容)	施設内研修 介護保険制度、防火・防災研修 施設外研修 認知症研修、新人研修							
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組								
アセッサー(評価者)の人数		0人			□		○	○
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4	□		○	○
	0人	0人	0人	0人				
外部評価の実施状況				0:なし	□		○	○



4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針	確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
1)個別ケアの実施・・・個別利用者担当制の実施により、自分らしく暮らしていただくケアの実現を目指す。 2)ケアプランに基づくサービス提供・・・ケアプランにより利用者の個々に合わせた個別ケアサービスを提供する。 3)身体拘束廃止、事故再発防止、感染予防・・・各委員会の設置により利用者が穏やかに安心して安全な生活を送れるよう、サービス提供をする。	□		○	○
介護予防および介護度進行予防に関する方針				
1)個別ケアの実施・・・個別利用者担当制の実施により、自分らしく暮らしていただくケアの実現を目指す。 2)ケアプランに基づくサービス提供・・・ケアプランにより利用者の個々に合わせた個別ケアサービスを提供する。 3)身体拘束廃止、事故再発防止、感染予防・・・各委員会の設置により利用者が穏やかに安心して安全な生活を送れるよう、サービス提供をする。	□			○
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。				
介護サービスの内容、入居定員等				
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)				
認知症行動・心理症状緊急対応加算		0:なし	○	○
若年性認知症利用者受入加算		0:なし	○	○
看取り介護の実施(予防を除く)		0:なし	○	
医療連携体制加算(予防を除く)		1:あり	○	
退居時相談援助加算		0:なし	○	○
認知症専門ケア加算(Ⅰ)		0:なし	○	○
認知症専門ケア加算(Ⅱ)		0:なし	○	○
夜間支援体制加算(Ⅰ)		0:なし	○	○
夜間支援体制加算(Ⅱ)		0:なし	○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		0:なし	○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ		0:なし	○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1:あり	○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		0:なし	○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		0:なし	○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		1:あり	○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		0:なし	○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		0:なし	○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
短期利用認知症対応型共同生活介護の提供		0:なし	<input type="checkbox"/>	○	○
共用型指定認知症対応型通所介護の提供		0:なし		○	○
協力医療機関の名称	社会医療法人仁生会西堀病院、医療法人社団 としま整形外科医院、医療法人社団 平田皮膚泌尿科医院、医療法人社団 清水眼科クリニック		<input type="checkbox"/>	○	○
(協力の内容)	居宅療養管理指導、往診対応、定期受診による体調管理の実施。情報提供書による医療連携の実施。			○	○
協力歯科医療機関		1:あり	<input type="checkbox"/>	○	○
(その名称)	医療法人社団 おかだ歯科医院			○	○
(協力の内容)	歯科、口腔外科的な診断および治療を様子売の場合の診療。必要性に応じ、訪問治療の実施。			○	○
看護師の確保方法	1:契約		<input type="checkbox"/>	○	○
(契約の場合、契約先の名称)	医療法人社団仁生会 訪問看護ステーション西堀			○	○
バックアップ施設の名称	社会福祉法人戸井福祉会 潮寿荘		<input type="checkbox"/>	○	○
(協力の内容)	利用者のレクリエーション等を合同で行い利用者の地域行事参加の意識を高める。また、職員の研修等を合同で行い、高齢者介護の知識・技術を高める。			○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

運営推進会議の開催状況(前年度)				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
(開催実績)	-	(参加者延べ人数)	0人	□		○	○
(協議内容等)	-						
地域・市町村との連携状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町会に加入し町会行事への参加(ゴミ拾い活動等)</li> <li>・町内会との緊急災害、火災等の場合の協力体制(緊急連絡網にて応援要)</li> <li>・地域の保育園、小中学校との交流</li> </ul>			□		○	○
利用に当たっての条件	医師による認知症の診断を受け、かつ要支援2(介護予防)要介護1以上の方で概ね身の自立が出来、共同生活を送ることに支障がない方。(暴力、自傷行為等のある方は除きます。)			□		○	○
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認定更新で自立もしくは要支援1と認定された場合。</li> <li>・医療機関に入院し概ね2か月以内に退院できる見込みがない場合。</li> <li>・常時医療行為を要することが明らかになった場合。</li> </ul>			□		○	○
入居定員	2ユニット18人			□		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

認知症対応型共同生活介護の入居者の状況								確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
入居者の人数	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
65歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○	
65歳以上75歳未満	0人	3人	1人	0人	0人	0人	4人			○	○	
75歳以上85歳未満	0人	1人	2人	1人	0人	1人	5人			○	○	
85歳以上	0人	1人	3人	2人	1人	1人	8人			○	○	
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
入居者の平均年齢							83歳			○	○	
入居者の男女別人数		男性	5人	女性	12人					○	○	
入居率(一時的に不在となっている者を含む)							94%			○	○	
認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度)								□				
退去先	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
自宅等	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
介護保険施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
医療機関	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
死亡者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
入居者の入居期間												
入居期間	6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上						
入居者数	17人	0人	0人	0人	0人	0人				○	○	

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
建物形態	1:併設型			□		○	○	
建物構造	鉄骨造り2階建ての1.2階部分					○	○	
広さ等	敷地面積		延床面積		1室当たりの居室面積			
	1692.07㎡		492.48㎡		9.72㎡		○	○
二人部屋の有無					0:なし		○	○
共同便所の設置数	男子便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		0か所		○	○
	女子便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		0か所		○	○
	男女共用便所	6か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		6か所		○	○
個室の便所の設置数	0か所		(個室における便所の設置割合)		0%		○	○
			(うち車いす等の対応が可能な数)		0か所		○	○
浴室の設備状況								
浴室の総数		2か所					○	○
個浴		大浴槽	特殊浴槽		リフト浴			
2か所		0か所	0か所		0か所		○	○
その他の浴室の設備の状況	ナースコール浴室内 2か所、脱衣室 2か所 シャワーチェアー 2脚 手すり 各4本						○	○
居間、食堂、台所の設備状況	居間:テレビ 2台、ラジカセ 2台、加湿器 4台、エアコン2台、ソファ 2台 食堂:食卓テーブル 6台、食卓椅子 18脚						○	○
入居者等が調理を行う設備状況				1:あり		○	○	
その他の共用施設の設備状況				1:あり		○	○	
(その内容)	エレベーター 1基、非常口開閉非常ブザー 2基、車いす 4個、車いす用体重計 1個、ポータブルトイレ 3個 車いすシャワーチェアー 1個					○	○	

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

バリアフリーの対応状況		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
(その内容)	施設内 全バリアフリー	□		○	○	
消火設備等の状況			1:あり		○	○
(その内容)	スプリンクラー 全室設置、自動火災通報装置、火災報知器、消火器 6か所設置、避難口誘導灯、非常照明、			○	○	
緊急通報装置の設置状況			2:一部あり		○	○
外線電話回線の設置状況			2:一部あり		○	○
テレビ回線の設置状況			3:各居室内にあり		○	○
事業所の敷地に関する事項						
敷地の面積			1692.07㎡		○	○
事業所を運営する法人が所有			1:なし		○	○
抵当権の設定			0:なし		○	○
貸借(借地)			1:あり		○	○
契約期間	始		2015/04/01	終	2035/03/31	
契約の自動更新			0:なし		○	○
事業所の建物に関する事項						
建物の延床面積			492.48㎡		○	○
事業所を運営する法人が所有			1:なし		○	○
抵当権の設定			0:なし		○	○
貸借(借家)			1:あり		○	○
契約期間	始		2015/04/01	終	2035/03/31	
契約の自動更新			0:なし		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況		確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム	
窓口の名称	グループホームあい戸倉	□		○	○	
電話番号	0138-36-5700			○	○	
対応している時間	平日		00時00分～23時59分		○	○
	土曜		00時00分～23時59分		○	○
	日曜		00時00分～23時59分		○	○
	祝日		00時00分～23時59分		○	○
定休日	なし			○	○	
留意事項	-			○	○	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み						
損害賠償保険の加入状況	1:あり		□	○	○	
介護サービスの提供内容に関する特色等						
(その内容)	自然に恵まれ、近隣に教育機関も多い。地域の学校行事の見学や近隣の公園での四季折々を感じる外出の機会を持ち生活を楽しむ支援に努めている。また、併設の小規模多機能型居宅介護の利用者との交流を持ちながら地域の方たちとの関わりを大切にしている。		□	○	○	
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等						
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況)		0:なし	□	○	○	
当該結果の開示状況		0:なし		○	○	
地域密着型サービスの評価の実施状況		0:なし	□	○	○	
実施した直近の年月日				○	○	
実施した評価機関の名称				○	○	
当該結果の開示状況		0:なし		○	○	
(その開示している結果の内容【ホームページアドレス】)				○	○	

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項

利用料等(入居者の負担額)				確認	修正箇所	グループホーム	介護予防 グループホーム
家賃(月額)	29000円			□		○	○
敷金	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
保証金の有無 (入居時一時金)	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
(保全措置の内容)	-					○	○
(償却の有無)	0:なし					○	○
食材料費	1:あり	(朝食)	300円			○	○
		(昼食)	300円			○	○
		(夕食)	350円			○	○
		(おやつ)	300円			○	○
		(又は1日)	0円			○	○
その他の費用							
①理美容代	0:なし	(その費用の額)	0円	□		○	○
算定方法	外部委託にて訪問理美容 1回/2か月					○	○
②おむつ代	0:なし	(その費用の額)	0円			○	○
算定方法	実費購入					○	○
③その他 ( 水道光熱費 )	1:あり	(その費用の額)	20000円			○	○
算定方法	月額					○	○
④その他 ( 冬季暖房料 )	1:あり	(その費用の額)	8000円			○	○
算定方法	10月から5月まで徴収					○	○
⑤その他 ( 共用日用品費 )	1:あり	(その費用の額)	8000円			○	○
算定方法	月額					○	○



(事業所等同意確認欄)

平成 年 月 日

調査結果に事実誤認が無いこと及び本調査結果を公表することについて同意いたします。

事業所等の名称		印
本調査に係る代表者の職名及び氏名		