

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18年2月1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	3	0	6	0
※グループホーム名	グループホーム 笑 憩 の 里									
※事業主体名(法人名)	医療法人 仁愛会					※代表者名	崎元 阿子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>○認知症の高齢者が不安なく、家庭的な環境のもとで、日常生活の世話及び機能訓練を行い地域での日常生活を可能とする事を目的とする。</p> <p>○認知症高齢者の家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島県鹿児島市吉野町5221番地1				
※連絡先	笑みの家	電 話	099-295-8650	F A X	099-295-8650
	憩いの家	電 話	099-295-8655	F A X	099-295-8655
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国バス 宮之浦団地行き 三文字バス停下車 徒歩10分 中別府団地行き 三文字バス停下車 徒歩10分				
開設年月日	平成15年 1月27日	※ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員 (18) 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)					

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	指定なし				
※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 2棟 (/ 階建ての / 階部分)				
※広 さ	敷地面積 (3569.07) m ²				
	笑みの家	延床面積(258.59)m ²	1室あたりの居室面積11.56m ² 以上		
	憩いの家	延床面積(263.16)m ²	1室あたりの居室面積11.56m ² 以上		
※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)		(30,000円) 日額1,000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 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (400) 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		実費	
②おむつ代		リハビリパンツLL 1P リハビリパンツM~L1P 尿とりパット1P	1600円 1800円 600円
③その他	水・光熱費	電気・ガス・水道・灯油	1日 500円
	共益費	行事・イベント・レクリエーション経費 浄化槽保守管理費・ゴミ処理費	1日 100円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (4名) 女性 (14名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (8名) 要介護3 (3名) 要介護4 (3名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 80.9歳) [最低 (61歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	1. 自傷他害の恐れのない方 2. 共同生活にふさわしい方
退居に当たっての条件	1. 医療機関への入院 2. 共同生活にふさわしくないと判断された時

(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 (笑 み の 家)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.2 名) ・非常勤 (4 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)(284)時間÷40時間=常勤換算数(7.2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 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 (野元政子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(ケアマネジャー・看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数(13年4か月) 認知症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 (専門課程) <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 (介護支援専門員現任研修)(H.17年度苦情・事件事例活用研修会)
	計画作成担当者 氏名	資格(ケアマネジャー・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(9年10か月) 認知症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 (専門課程) <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 (介護サービスシンポジウム)(介護支援専門員現任研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 準看護師 (1 名) 看護師 (1名) その他(ヘルパー2名・他1名)(3名) 認知症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) (専門課程) 受講済者 (名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1 名) (鹿児島ケア研究会実践者セミナー) 受講済者 (1 名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 () 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 () 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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()	

(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。

ユ ニ ツ ト 名 (憩 い の 家)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.8 名) ・非常勤 (5 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)(297)時間÷40時間=常勤換算数(7.8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 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 (野元政子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格 (ケアマネージャー・看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (13 年 4 か月) 認知症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 (専門課程) <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 (介護支援専門員現任研修) (H.17年度苦情・事故事例活用研修会)
	計画作成担当者 氏名 (野元政子)	資格 (ケアマネージャー・看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (13 年 4 か月) 認知症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 (専門課程) <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 ・(鹿児島ケア研究会実務者セミナー) (グループホームの外部評価自己評価について)
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 準看護師 (1 名) その他 (ヘルパー3名・他2名) (5 名) 認知症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) (専門課程) 受講済者 (名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1 名) (介護サービスシンポジウム) 受講済者 (1 名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 () 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 () 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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()	

(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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 仁愛会 花倉病院
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。)	事故報告
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 checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。) 平成17年9月21日 受入済
	<input 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、都道府県知事に届け出るものとする。