

# 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	4	0	0	1	8	5
※グループホーム名	南方園グループホームけやきの里									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人明星福祉会					※代表者名		牧角 寛朗		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者であって認知症状態にあるもののうち、少人数による共同生活を営む事に支障のない者に対し、共同生活を営むべき住居において、適正な共同生活介護を提供する。利用者の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるよう家庭的な雰囲気の下で、入浴・排泄・食事等の介護、その他の生活全般にわたる援助目標を設定し計画的に行う。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒898-0032 ) 鹿児島県 枕崎市別府 12168 番地			
※連絡先	電 話	0993-76-3461	F A X	0993-73-2135
交通の便 (最寄り交通機関等)	枕崎知覧線下山バス停下車徒歩5分(鹿児島交通)			
開設年月日	平成 11年 4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。)	介護老人施設・指定居宅介護支援事業所			

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	都市計画区域外			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 1 階建ての 1階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 811 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 225,65 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10,7~14,0 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	( 25,000 ) 円
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円 <input 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 ( 200 ) 円 夕食 ( 200 ) 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	本人負担	実費
②おむつ代	本人負担	実費
③その他	水道・光熱費	本人負担 10,000

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9名 ) [男性 ( 2名 ) 女性 ( 7名 )]
	要介護1 ( 名 ) 要介護2 ( 2名 ) 要介護3 ( 6名 ) 要介護4 ( 1名 ) 要介護5 ( 名 )
	年齢 (平均 83 歳) [最低 ( 79 歳) 最高 ( 91 歳)]
※入居に当たっての条件	共同生活が可能なる者
退居に当たっての条件	著しい問題行動等の為、共同生活が営めることが無理と判断された者

(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	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 4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)(153)時間÷40時間=常勤換算数( 4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 type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	※管理者 氏名 ( 北川 タミ子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格( 介護福祉士・介護支援専門員 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 10年 6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 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 (ケアマネ現任研修 ) (グループホーム協会総会記念講演)
	計画作成担当者 氏名 ( 北川 タミ子)	資格( 介護福祉士・介護支援専門員 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 10年 6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 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 ( ケアマネ現任研修 ) (グループホーム協会総会記念講演)
	その他の職員	資格 介護福祉士( )名 看護婦( 名) その他 (ホームヘルパー2級)( 6名) 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) 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 (グループホーム協会総会記念講演) 受講済者( 3名) ( ) 受講済者( 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( ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 年 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 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	サザンリージョン病院 ウエルフェア九州病院 山之内歯科医院
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。)	なし
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 ( 7時～ 21時) <input 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、都道府県知事に届け出るものとする。