

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 10 月 6 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	4	8	6	0
※グループホーム名	花々館郡山									
※事業主体名(法人名)	医療法人佑志会						※代表者名	理事長守屋勉志		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

- ・認知症の高齢者が不安なく、家庭的な環境の下で日常生活上の世話、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。
- ・認知高齢者の家族の身体面・精神面・社会面の負担を軽減する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891 - 1105) 鹿児島県鹿児島市郡山町2157番地1			
※連絡先	電 話	099-298-4078	F A X	099-298-4078
交通の便 (最寄り交通機関等)	林田バス寺下バス停より徒歩1分			
開設年月日	平成 17 年 12 月 20 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。)	な し			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第1種住宅地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(軽量鉄骨) 造り (2階建ての1,2階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1148.5) m ² 延床面積 (442.92) m ² 1室あたりの居室面積 (10.15~10.23) 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)	(18,000 円 ※ 1日 600 円) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	■有 (20, 000 円) 円 □無	
	有の場合償却の有無	□有 (期間:) 円 ■無 (退去時返却)
※食 費	朝 食 (150) 円 昼 食 (350) 円 夕 食 (300) 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	実費徴収	
②おむつ代	(形状により実費徴収)	30円~200円
③ そ の 他	水道光熱費	水道代 165円 1日400円
		ガス代 47円
		電気代 165円
		汚水処理代 23円

(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 (3名) 要介護 2 (2名) 要介護 3 (4名) 要介護 4 (0名) 要介護 5 (0名)
	年齢 (平均 81.9 歳) [最低 (65 歳) 最高 (95 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の診断書の提出 (介護保険の要介護度の認定を受け、又認知症の診断・受診状況がわかるもの) ・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の申告 ・身元保証人の確認と承諾 ・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ・自傷他害のおそれがないこと。 ・常時医療関係機関において治療をする必要がないこと。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑を及ぼす恐れのある時。 ・利用料、その他の支払いの滞納が二ヶ月に及んだ時。 ・提出書類等に虚偽の申告が判明した時。 ・施設の指導、指示に従わなかった時。 ・疾病にて、他施設へ入院し、それが二ヶ月以上見込まれる際は、一時退去とする。

(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 （ グ ル ー プ ホ ー ム 花 々 館 郡 山 一 階	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (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)(264)時間÷40時間=常勤換算数(6.6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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (名)
	※管理者 氏名 (樫元 いつか)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(□看護師等, ■介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (5年 3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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	計画作成担当者 氏名 (吉留 礼子)	資格(■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (1年 6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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員実務者研修) ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他(ホームヘルパー2級) (3 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 (ホームヘルパー養成研修2級課程) 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(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(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 （ グ ル ー プ ホ ー ム 花 々 館 郡 山 二 階	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (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)(264)時間÷40時間=常勤換算数(6.6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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (名)
	※管理者 氏名 (樋元 いつか)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(□看護師等, ■介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (5 年 3 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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	計画作成担当者 氏名 (満留 美江)	資格(□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 年 4 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員実務者研修) (認知症介護実践研修(実践リーダー研修))
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他(ホームヘルパー2級) (3 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 (ホームヘルパー養成研修2級課程) 受講済者 (3 名) (社会福祉主事任用資格) 受講済者 (2 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(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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。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	守屋病院・前島医院・濱田歯科
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。)	必要に応じて市町村とは連絡をとります。
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～ 21時) <input 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。)
	事前の連絡があれば受け入れます。 <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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。