

(調査様式1)

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 19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	6	9	0	0	1	1	3
グループホーム名	びろうの樹									
事業主体名(法人名)	医療法人 共生会					代表者名	菅田 育穂			

(2) 事業の目的及び運営の方針

要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供すること、及び利用者の要介護度の軽減若しくは悪化の防止に資するよう日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒899-7402) 鹿児島県志布志市有明町野井倉8031番地1			
連絡先	電話	099-477-2662	FAX	099-477-2662
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 押切バス停近く			
開設年月日	平成 13年 1月 22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。)	びろうの樹(短期入所生活介護) びろうの樹脳神経外科			

(4) 建物の概要

都市計画法上の 用途地域	
建物形態	単独型 併設型
建物構造	( 鉄筋コンクリート )造り( 2階建ての 1階部分)
広 さ	敷地面積( 973.1 )m <sup>2</sup> 延床面積( 633.77 )m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積( 12.0~13.74 )m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	有 無

( 5 ) 利用料等 ( 入居者の負担額 )

家賃 ( 月額 )	( 39,000 ) 円 部屋代 800 円/日 管理費 500 円/日	
保証金の有無 ( 入居時一時金 )	有 ( ) 円	無
	有の場合償却の有無	有 ( 期間 : ) 円 無
食 費	朝 食 ( 250 ) 円 昼 食 ( 250 ) 円 夕 食 ( 250 ) 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 )
理美容代		実費相当
おむつ代		実費相当
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 ( 3 名 ) 女性 ( 6 名 ) ]
	要介護 1 ( 3 名 ) 要介護 2 ( 0 名 ) 要介護 3 ( 3 名 ) 要介護 4 ( 3 名 ) 要介護 5 ( 0 名 )
	年齢 ( 平均 88.4 歳 ) [ 最低 ( 80 歳 ) 最高 ( 99 歳 ) ]
入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にあり、少人数による共同生活を営むことに支障のないこと。
退居に当たっての条件	利用者及び家族の希望により、また退居語の生活環境が整っていること。

(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。)

ユニット名)	総数	( 9 )名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算( 5.1名) ・非常勤 ( 2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1週間の勤務延時間数(注)( )時間÷40時間=常勤換算数( 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( 2名) 宿直( 名)
	管理者 氏名 (脇島田 博子)	専任 兼務(兼務の施設名 通所リハビリテーション) 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( 10年 10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 ( 認知症高齢者の為の研修 ) ( 施設長及び管理者研修 )
	計画作成担当者 氏名 (野間 悦子)	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 9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 ( 認知症グループホーム協議会公開講座 ) ( 全国認知症グループホーム大会2006フォーラム )
その他介護職員 ( 9 )名	資格 介護福祉士( 4 )名 看護師等( 2 )名 介護支援専門員( 1 )名 その他 ( )( 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( 1名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者( 1名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 認知症グループホーム協議会公開講座) 受講済者( 1名) ( 大隅地区認知症グループホーム連絡協議会研修会) 受講済者( 3名)	
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (野間 悦子) 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( 1年 9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 ( 認知症グループホーム協議会公開講座 ) ( 全国認知症グループホーム大会2006フォーラム )	

(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	びろうの樹脳神経外科 飯山歯科医院
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。)	
入居者家族会等の有無	有                      無
家族の面会時間の設定の有無	有 ( 9 時 ~ 2 0 時 )                      無
介護相談員 (注) 等の受入状況	有 (具体的に記入してください。)
	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。