

(別紙1)

認知症高齢者グループホームに関する情報提供票

(平成 19年 7月 1日現在)

1) 事業主体の概要

事業所名	グループホーム みどりの郷	事業主体名	有限会社 一幸
		代表者名	田之上 幸弘
		研修の受講状況	受講済 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名(田之上みどり) 役職(管理者)

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症を有する高齢者が家庭的な雰囲気の中で適切なケアを受けながら共同生活を行う。

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

指定介護予防認知症対応型共同生活介護
指定認知症対応型通所介護
医療連携体制加算
短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒891-0705 揖宿郡穎娃町上別府4627番地 TEL (0993) 28-2250 FAX (0993) 28-2255		
交通の便(最寄りの交通機関等)	鹿児島交通 青戸バス停		
開設年月日	平成16年7月1日	ユニット数と利用定員	(2)ユニット 利用定員(18)人
事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)			

5) 建物の概要

建 物 形 態	単独型	併設型
建 物 構 造	(鉄骨造平屋)造り (1 階建ての 1 階部分)	
広 さ	敷地面積 (1 8 4 3 . 5 8) m ² 延床面積 (4 8 8 . 5 6) m ² 1室当たりの居室面積 (8 . 2 7) m ²	
二人部屋の有無	有	無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家 賃 (月 額)	(6 0 0) 円 / 1日	
敷 金	有 () 円	無
保証金の有無(入居時一時金)	有 () 円	無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	有 (期間 :) 無
食 材 料 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (8 0 0) 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	立替にて月末請求	実費
お む つ 代	立替にて月末請求	実費
光 熱 水 費	月払い	1日500円
そ の 他	立替にて月末請求	実費
.		
.		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p> <p>介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供してい る場合、要支援者2の数を 記載すること</p>	<p>利用人数 (18 名) (男性 (3 名) 女性 (15 名))</p> <p>要介護 1 (4 名) 要介護 2 (2 名) 要介護 3 (6 名) 要介護 4 (5 名) 要介護 5 (1 名) 要支援 2 (名)</p> <p>年齢 (平均 82.5 歳) (最低 74 歳) (最高 89 歳)</p>												
<p>利用に当たった条件</p>	<p>認知症の高齢者であること。 要介護認定を受けていること。</p>												
<p>退居に当たった条件</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の死亡 2 要介護の状態でなくなった時 3 医療機関への長期入院 4 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけるとき 												
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (12) 人</p> <table border="0"> <tr> <td>主な理由</td> <td>退居先</td> </tr> <tr> <td>・医療機関への長期入院</td> <td>(医療機関)</td> </tr> <tr> <td>・本人、家族等の希望</td> <td>(自宅)</td> </tr> <tr> <td>・死亡</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>()</td> </tr> </table>	主な理由	退居先	・医療機関への長期入院	(医療機関)	・本人、家族等の希望	(自宅)	・死亡	()	・	()	・	()
主な理由	退居先												
・医療機関への長期入院	(医療機関)												
・本人、家族等の希望	(自宅)												
・死亡	()												
・	()												
・	()												

8) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。)

(ユニット名) 幸寿苑)	総 数	(9 名) (内数)・常 勤 (専任 7名) (兼務 2 名) 常勤換算 (8.0 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)(320 時間)÷40 時間 = 常勤換算数(8.0 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 (田之上みどり)	専任 兼務 (兼務の施設 福寿苑) 資格 (准看護師) 認知症介護の経験年数 (15 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者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 (県 GH 協議会管理者研修会)
	計 画 作 成 担 当 者 氏名 (田之上みどり)	介護支援専門員資格 有 無 他の資格 (准看護師) 認知症介護の経験年数 (15 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (県 GH 協議会管理者研修会)()
その他の職員	資格 介護福祉士 (1 名) 看護師等 (3 名) その他 (ホームヘルパー2級, 社会福祉士)(5 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 4 年 5 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H18 年度身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1 名) (GH スタッフ研修会) 受講済者 (1 名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (1)回 (理由)退職により 計画作成担当者の交代回数 (1)回 (理由)退職により 常勤職員の交代回数 (3)回 (理由)本人の希望 (退職)	

8) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。)

(ユニット名) 福寿苑	総数	(8 名) (内数)・常勤(専任 6名) (兼務 2名) 常勤換算(7.0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)(280時間)÷40時間 = 常勤換算数(7.0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(田之上みどり)	専任 兼務(兼務の施設 幸寿苑) 資格(准看護師) 認知症介護の経験年数(15年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者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(武田斉)	介護支援専門員資格 有 無 他の資格(介護福祉士) 認知症介護の経験年数(10年 7か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (GHスタッフ研修会)()	
その他の職員	資格 介護福祉士(1名) 看護師等(1名) その他(ホームヘルパー2級) (3名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 6年 11か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) 受講済 未受講 (実践リーダー研修) 受講済 未受講 ・認知症介護指導者研修 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H18年度身体拘束廃止推進研修) 受講済者(1名) (GHスタッフ研修会) 受講済者(1名)	
職員の交代状況	管理者の交代回数 (1)回 (理由)退職により 計画作成担当者の交代回数 (0)回 (理由) 常勤職員の交代回数 (1)回 (理由)本人の希望(退職)	

9) その他

協 力 医 療 機 関 名	みどりクリニック、 ひまわり歯科クリニック
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	職員として配置 契約(契約先名称 みどりクリニック)
運営推進会議の設置状況	有 無 ・開催状況(2 月に 1 回) ・メンバー構成(役職等) 役場職員 ・ 民生委員 ・ 家族代表者 入居者代表者 ・ 診療所看護師 ・ 事業所代表者 管理者 ・ 計画作成担当者
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	穎娃町社会福祉協議会 穎娃町地域包括支援センター 地域型在宅介護支援センター 望洋の里在宅介護支援センター のぎく園在宅介護支援センター こぎく園在宅介護支援センター 上記支援センターと協議し、相互の緊密な連携でより 良い介護福祉を確認してまいります
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(8 時 ~ 19 時) 無
介護相談員注)等の受入状況	有(具体的にご記入下さい。) 穎娃町では、民生員・公民館長並びに老人会、女性連等の役員に相談 協力員として委嘱しております。その方々が訪問し、相談を受けるた めの部屋を設置して対応しています。 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 18 年 9 月 25 日

注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)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。

(記入上の留意事項)

- 「 」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。