

(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17年10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	5	0	0	0	8	7
※グループホーム名	グループホーム たからべ									
※事業主体名(法人名)	医療法人 たからべ会					※代表者名	西郷 隆志			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

利用者個人の人格を尊重し、利用者主体の原則に基づいたサービスの提供に努めるとともに、利用者の能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-4103) 鹿児島県曾於市財部町下財部1318番地9			
※連絡先	電話	0986-72-1677	FAX	0986-72-1677
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス停『下正ヶ峯』まで徒歩3分。 財部町ふれあいバスの走行区間でもあります。			
開設年月日	平成 16年12月20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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	都市計画地域の無指定地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型			
※建物構造	(木造平屋) 造り (階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (464. 0) m ² 延床面積 (261. 26) m ² 1室あたりの居室面積 (11. 33) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(30000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<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 (350) 円 夕食 (350) 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	利用者個人別に実費徴収	実費
②おむつ代	利用者個人別に実費徴収	実費
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (8 名) [男性 (2 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (1名) 要介護2 (2 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 82 歳) [最低 (72 歳) 最高 (92 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ・ 自傷他傷の恐れがないこと。 ・ 医療機関において、常時治療を必要としないこと。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定で、自立または要支援と判定された場合 ・ 御契約者からの退去の申し出があった場合。 ・ 御契約者が42日間を超える入院をされた場合。

(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 た か ら べ)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 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) (() 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	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (() 名)
	※管理者 氏名 (中原 博友)	<input type="checkbox"/> 専任 資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (() 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 type="checkbox"/> 受講済 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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) (())
	計画作成担当者 氏名 (())	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (() 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 type="checkbox"/> 受講済 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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) (介護支援専門員協議会研修会他)
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 (() 名) その他 (ホームヘルパー2級) (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) [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 (()) 受講済者 (() 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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員) <input type="checkbox"/> その他 (()) 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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。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	<ul style="list-style-type: none">・ 財部記念病院・ 宅間歯科医院
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。)	<ul style="list-style-type: none">・ 運営規程の概要、勤務体制、サービス評価結果等を公表できる体制の維持。・ 利用者の情報提供。運営状況等について、積極的に協力できる体制の維持。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (8 : 3 0 ~ 2 1 : 0 0)
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 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。