

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12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	3	0	0	1	4	0
※グループホーム名	グループホーム めくもりの里									
※事業主体名(法人名)	有限会社 澤津ケアサービス					※代表者名		澤津ノブ子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行うこととし、当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないものとする。また、やむを得ない場合でも、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-8103) 鹿児島県曾於郡大隅町中之内6078番地9			
※連絡先	電 話	0994-71-2802	F A X	0994-71-2803
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 笠木小学校前下車 3分			
開設年月日	平成16年10月 6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。)				

(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 checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1755.8) m ² 延床面積 (573.75) m ² 1室あたりの居室面積 (9.93) 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（日額）	（ 900 ）円	
※保証金の有無（入居時一時金）	□有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	□有（期間： ）円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
※食費	朝食（ ）円 昼食（ ）円 夕食（ ）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	請求書を渡しそのつど徴収	実費
②おむつ代	請求書を渡しそのつど徴収	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（ 18 名）〔男性（ 2名） 女性（ 16 名）〕
	要介護1（ 2名） 要介護2（ 6 名）要介護3（ 4 名） 要介護4（ 4名） 要介護5（ 2 名）
	年齢（平均 84.7歳）〔最低（ 72歳） 最高（ 92歳）〕
※入居に当たっての条件	要介護度と認定された認知症高齢者
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が自立もしくは要支援と認定 ・ 利用者が死亡した場合 ・ 利用者が病気の治療その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった時

(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 (ぬ く も り の 里 つ つ じ)	総数	(1 1) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (8.5 名) ・非常勤 (3 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 checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (澤津ノブ子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名グループホームぬくもりの里さくら) 資格 (看護師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (1 1 年 6 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 checked="" 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (看護師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3 年 6 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 checked="" 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護婦 (1 名) その他 准看護師・ヘルパー1名 ヘルパー1級1名 ヘルパー2級・行政書士1名) (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) (専門課程) 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 () 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 (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。

ユ ニ ツ ト 名 （ ぬ く も り の 里 さ くら ）	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (8 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 checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	※管理者 氏名 (澤津ノブ子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名グループホームぬくもりの里つつじ棟) 資格(看護師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(11年 6 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 checked="" 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格(介護支援専門員 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(7 年 2 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 checked="" 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士(2)名 看護婦(名) その他(准看護師1名 ヘルパー2級4名) (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) (専門課程) 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() 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 (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 () ()

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人愛誠会 昭南病院 井上歯科医院
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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。