

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5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	0	1	0	4	0	7	6
※グループホーム名	グループホーム パッション									
※事業主体名(法人名)	有限会社 パッション					※代表者名	安永 克廣			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>ご利用者が不安なく家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行なう事により、利用者個人の有する能力に応じ、地域との係り方や自立を営む事が出来るように支援すると共に、常にサービスの向上を計る。</p> <p>提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法及び関係する厚生労働省令・告示の主旨内容に沿ったものとする。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0143) 鹿児島市和田一丁目16番1号			
※連絡先	電 話	099-269-1171	F A X	099-269-1171
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島市営バス・鹿児島交通バス 大御堂バス停より徒歩 3分			
開設年月日	平成17年 1月 4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	準住居地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄 骨) 造り (2階建ての 1・2 階部分)
※広 さ	敷地面積 (555.63) m ² 延床面積 (660.98) m ² 1室あたりの居室面積 (12.66) 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)	(36,000) 円 (税込み)	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 (250) 円 昼食 (350) 円 夕食 (400) 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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	入居者お小遣いお預かり分より	実費相当額
②おむつ代	利用料請求時	実費相当額
③その他	自己家電製品	現在無料

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (14 名) [男性 (2 名) 女性 (12 名)]
	要介護1 (5 名) 要介護2 (3 名) 要介護3 (4 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (1 名)
	年齢 (平均 84.7 歳) [最低 (76 歳) 最高 (93 歳)]
※入居に当たっての条件	① 寝たきり等主に身体的な介護が必要な方は、入居出来ない場合がある ② ご家族の中からお一人身元引受けの方をお願いする ※ 手続き等や緊急時連絡のため
退居に当たっての条件	① 正当な理由無く、利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納した時 ② 伝染病・感染症等の疾患により他の利用者に生活面や健康面に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、退居の必要性がある時 ③ 他の利用者の生活または、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、通常の介護方法ではこれを防止する事が出来ない時 ④ 故意に法令違反その他、重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みが無い時

(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。)

ユニット名 (グループホーム) 1階	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7.9 名) ・非常勤 (4 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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)(297.6)時間÷37.5時間=常勤換算数(7.9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"/> 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 (中野 美子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護福祉士・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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 (中野 美子)	資格(介護福祉士・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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 () 名 准看護師 (2 名) その他 (ホームヘルパー2級) (4 名) 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 () 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) <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。

(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 (グループホーム) 2階	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7.4 名) ・非常勤 (4 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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)(265.8)時間÷37.5時間=常勤換算数(7.4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"/> 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 (中野 美子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護福祉士・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (4年 5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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 (下村 美英花)	資格 (准看護師・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (4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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" 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 () 名 准看護師 (2 名) その他 (ホームヘルパー2級) (5 名) 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 () 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) <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。

(8) その他

※提携医療機関名	橋野循環器科内科 伊藤整形外科クリニック ひらせ歯科クリニック
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。