## 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11月10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	5	О
※グループホーム名	グループホーム 中山の里									
※事業主体名(法人名)	有限金	会社 た	こすけま	あい鹿児	記島	※代	表者名	茂谷	節子	

#### (2) ※事業の目的及び運営の方針

- ・痴呆によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家族的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の中で心身の機能訓練を行なうことにより、安心と尊厳のある生活、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことが出来るよう支援することを目的とする。
- 本事業において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとする。
- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に沿ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ・利用者または他の利用者等の生命又は身体保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動 制限を行わない。
- ・利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
- ・適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
- ・常に提供したサービスの質、の管理、評価を行う。

### (3)組織の概要

※所在地	(〒 891-0116 ) 鹿児島県鹿児島市上福元町稲次 5933 番地				
※連絡先	電話	099-266-0003		FAX	099-266-0003
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通	真方バス停より	徒歩	6分	
開設年月日	平成 17 年	1月 5日			( 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	市街化調整区域
用途地域	
※建物形態	■単独型  □併設型
※建物構造	( 軽量鉄骨 )造り( 2階建ての 1・2階部分)

※広 さ	敷地面積( 565 )㎡ 延床面積( 496.94 )㎡ 1室あたりの居室面積( 11.81 )㎡
※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)	( 27,000 ) 円 ※ 1 目 900 円
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:
	朝食(   300)円昼食(   350)円     夕食(   350)円 おやつ(   )円     又は1日(   1000   )円
	その他の費用と徴収方法
名目	
① 理美容代	実費徴収 (月末締めの10日請求)
② おむつ代	形状により実費徴収
③ その他	
水道光熱費	1 日 600 円
日用品・嗜好品等	実費徴収(月末締めの10日請求)

# 6) 1 F

	入居人数 (9)名 (男性(3)名 女性(6)名)				
現在の入居者の状態	要介護 1 ( 1 名) 要介護 2 ( 1 名) 要介護 3 ( 3 名)				
	要介護4(4名)要介護5(0名)				
	年齢(平均 84 歳) (最低 73 歳) (最高89 歳)				
	・主治医の診断書の提出(介護保険の要介護度の認定を受け、又認知症の				
入居に当たっての条件	診断・受診状況がわかるもの)				
	・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の申告				
	・身元保証人の確認と承諾				
	・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。				
	・自傷他害のおそれがないこと。				
	・常時医療機関において治療をする必要がないこと。				

## 退去に当たっての条件

- ・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑を及ぼす恐れのある時。
- ・利用料、その他の支払の滞納が2ヶ月に及んだ時。
- ・提出書類等に虚偽の申告が判明した時。
- ・施設の指導、指示に従わなかった時。
- ・疾病にて、他施設へ入院し、それが2ヶ月以上見込まれる際は、一時退去扱いとする。

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。)

		( 8 名)					
	総数 8	(内訳)・常 勤 (専任 5名)					
		(兼務 名) 常勤換算(	7.5 名)				
		<ul><li>非常勤( 3 名)</li></ul>					
	※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。						
	職員の1週間の勤務延甲	寺間数 ※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	宮直時間数は含まない。					
		■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設	)				
	夜間の体制	■ 夜勤 ( 1名) □ 当直 ( 名)					
		■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設	)				
	管理者	資格 (介護福祉士、社会福祉主事 )					
	氏名 ( 茂谷 節子 )	認知症高齢者のケア経験年数(6年	5ヶ月)				
$\widehat{}$		認知症介護に関する研修の受講歴					
階)		<ul><li>・認知症介護実務者研修(基礎課程) ■受講済</li></ul>	□未受講				
		(専門課程) □受講済	■未受講				
グル		・上記の研修の他に受講した研修名					
ープ		(	)				
ホ		(	)				
ム		資格(介護支援専門員・介護福祉士	)				
中山	計画作成担当者	認知症高齢者のケア経験年数(10年	6 ヶ月)				
の里	氏名( 野間 まり )	認知症介護に関する研修の受講歴					
土			□未受講				
		( , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	■未受講				
		・上記の研修の他に受講した研修名					
		(介護支援専門員実務者研修	)				
			)				
		資格 准看護師( 1名)ホームヘルパー1級(					
	その他の職員	その他(ホームヘルパー2級)(	6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(					
		(専門課程) 受講済者(	0 名)				
		・上記の研修の他に受講した研修名	ь\				
		) 受講済者( ) 、	名)				
		)受講済者(	名)				

	(再掲) ホーム長 注)	資格 ( 介護福祉士、社会福祉主事 )	
		認知症高齢者のケア経験年数( 6年 5ヶ	ァ月)
	氏名 ( 茂谷 節子 )	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 □	]未受講
	****	(専門課程) □受講済 □	]未受講
	※職員の中から、いわゆ	・上記の研修の他に受講した研修名	
	る「ホーム長」が定めら	) (	)
	れている場合に記入す	, ,	,
	ること		

## (8) その他

※提携医療機関名	谷山生協クリニック 今村分院
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。)	必要に応じて市町村とは連絡を取ります。
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( 9時~ 18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。) 事前の連絡があれば受け入れます。
	□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。