

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成18年1月31日現在)

(1)事業主体の概要

介護事業所番号	4	6	7	0	1	0	4	2	5	8
*グループホーム名	グループホーム さくら									
*事業主体名(法人名)	有限会社 さくら会						*代表者名	新 美代子		

(2) *事業の目的及び運営の方針

痴呆対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の痴呆対応型共同生活介護従業者が要介護者等に対し適正な痴呆対応型生活介護事業を提供することを目的とする。

指定痴呆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。

(3)組織の概要

*所在地	(郵便番号899-2702) 鹿児島市福山町958番地1		
*連絡先	電話	278-0550	FAX 278-5757
交通の便 (最寄の交通機関等)	JR鹿児島中央駅から薩摩松元駅下車10分 薩摩松元駅から徒歩7分		
開設年月日	平成17年4月11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 あればご記入ください。)			

(4)都市計画上の用途地域

*建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型	<input type="checkbox"/> 併設型
*建物構造	鉄骨平屋1階建て	
*広さ	敷地面積 (2,498.00)平方メートル 延べ床面積 (563.34)平方メートル 1室あたりの居室面積 1室あたり(10.59)m ²	
*二人室の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無

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

A棟

ユニット名 (1 ユニット)	総数	(7)名 (内訳)・常勤(専任 4名) (兼務 名) 常勤換算(5.5)名 ・非常勤(3名)
	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 (小原 愛子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ヘルパー1級) 認知性高齢者のケアの経験年数 4年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input checked="" 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(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ヘルパー1級) 認知性高齢者のケアの経験年数 4年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 <input checked="" 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 (6名)	資格 介護福祉士(1)名 看護師等(2)名 介護支援専門員()名 その他(社会福祉主事他ヘルパー)(3名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) 受講済者 (名) [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 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 (田中 モト子) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」がさだ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 checked="" type="checkbox"/> その他(ヘルパー1級) 認知性高齢者のケアの経験年数 1年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 <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 () ()	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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。

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

B棟

ユ ニ ツ ト 名 2 ユ ニ ツ ト)	総数 (() 名)	(内訳)・常勤(専任 4名) (兼務 名) 常勤換算(5.5)名 ・非常勤(4名)
	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 (小原 愛子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ヘルパー1級) 認知性高齢者のケアの経験年数 4年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input checked="" 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(<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知性高齢者のケアの経験年数 1年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 <input checked="" 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 (7名)	資格 介護福祉士(1)名 看護師等(1)名 介護支援専門員(1)名 その他(社会福祉主事他ヘルパー)(4名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) 受講済者 (名) [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 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 (田中 モト子) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」がさだ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 checked="" type="checkbox"/> その他(ヘルパー1級) 認知性高齢者のケアの経験年数 1年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 <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 () ()	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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	脇丸内科医院
	渡辺医院
	川畑内科クリニック
	木村外科内科
	しばやま歯科
	石窪歯科
	松恵園
	ナーシングホーム田上苑
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)	現在のところなし
入居家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(10:00~21:00) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)当の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。)
	社会福祉士の芝原氏に来ていただいている。 <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。