

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2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 5 8 0 0 0 9 0			
※グループホーム名	芳 明 庵			
※事業主体明 (法人名)	社会福祉法人 昭芳会	※代表者名	林 芳郎	

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者個々の生活を大切に、穏やか、そして緩やかな生活支援を行い、共感できる運営を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-6105) 鹿児島県始良郡湧水町般若寺358番地		
※連絡先	電 話 0995-75-4622 FAX 0995-75-4620		
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR吉松駅から車で5分		
開設年月日	平成13年4月1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	
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄筋、木造) 造り (階建ての 階部分)
※広さ	1. 敷地面積 (3. 9 4 1) m ² 延床面積 (3 9 7. 5 0) m ² 1室あたりの居室面積 (2 4) m ² 2. 1室あたりの居室面積 (2 0) 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)	(1, 300円×31日=40, 300)円	
※補償金の有無 (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"/> (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 (900)円	
※その他の費用と徴収方法		
各 目	徴 収 方 法	金 額 (円)
①理美容代	実費	
②おむつ代	実費	
そ 共益費	実費	100
の 他	※一部負担金、家賃、食費、共益費の合計額を各自の預かり金より徴収する。	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居者数 (18 名) 【男性 (4名) 女性 (14名)】 要介護1 (4名) 要介護2 (6名) 要介護3 (6名) 要介護4 (3名) 要介護5 (1名) 年齢 (平均 85歳) 【最低 (75歳) 最高 (94歳)】
※入居に当たっての条件	①要介護1以上の被認定者であり、且つ認知の状態であること。 ②少人数による共同生活を営む事に支障のないこと。自傷他害の恐れのないこと。 ③常時医療機関において、治療をする必要がないこと。 ④本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同できること。 ⑤その他、事業所が必要と認める者。
退居に当たっての条件	①要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援と認定された場合。 ②利用者が死亡した場合。 ③利用者又は利用者代理人が本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日。 ④事業者が本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日。 ⑤利用者が病気の治療等その他のため長期にGHを離れる事が決まり、且つその移動先の受け入れが可能となったとき。 ⑥利用者が他介護療養施設等へ入居が決まり、その施設で受け入れが可能となったとき。

(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	総数 (10名) (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 1名) 常勤換算 (5.7名) ・非常勤 (4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) (227) 時間 ÷ 40時間 = 常勤換算数 (5.7 名) 注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
ニ	夜間の体制 ■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1名) □宿直 (名)
ツ ト 名 (芳 明	※管理者 氏名 (坂井明弘) □専任 ■兼務 (兼務の施設名: つつはの園) 資格 (社会福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (15年 9 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
庵 1 (計画作成担当者 氏名 資格 (介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (11年 7 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講 ・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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 3 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 ■未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講 ・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 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講 ・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

(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	総数	(10名) (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 1名) 常勤換算 (5.7名) ・非常勤 (4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) (227) 時間÷40時間=常勤換算数 (5.7 名) 注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
ニ	夜間の体制	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1名) □宿直 (名)
ツ ト 名 (芳	※管理者 氏名 (坂井明弘)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名: つつはの園) 資格 (社会福祉士、介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (15年 9 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
明 庵 2)	計画作成担当者 氏名	資格 (介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (11年 7 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講 ・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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (1年 9 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 ■未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講 ・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 ヶ月) 認知介護に関する研修の受講歴 ・認知介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講 ・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できない。

には記入できない。

(8) その他

※提携医療機関名	林内科医院 中村歯科医院
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (6時～21時) <input 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」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。

(1) □欄のある箇所は、どちらかをチェックして下さい。

(2) 図面及び運営規定を添付して下さい。

(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。