

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18年 3月 8日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	4	8	0	0	1	1	7
※グループホーム名	グループホーム いこい									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ファースト・ケア					※ 代表者名		宇 田 稔		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>要介護状態となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援を行うことにより、利用者の認知症の維持、回復、並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図る。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-0401) 出水郡高尾野町大久保1432番地1			
※連絡先	電 話	0996-82-5537	FAX	0996-82-5538
交通の便 (最寄り交通機関等)	おれんじ鉄道 高尾野駅			
開設年月日	平成13年9月7日	※ユニット数と利用定員	(1)ユニット 利用定員(9)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。)	通所介護			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	都市計画区域以外			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木 造) 造り (1階建ての 1階部分)			
※広さ	敷地面積(2128.87)m ² 延床面積(309.79)m ² 1室当りの居室面積(10.39)m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

(5)利用者等(入居者の負担額)

※家賃(月額)	(10,500) 円		
※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()円 夕食()円 又は1日(1,000)円	昼食()円 おやつ()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	預かり金より徴収	実費	
②おむつ代	〃	実費	
③その他	医師の往診等診察に係る費用	〃	実費
	レクリエーションに係る費用	〃	実費
	その他個人で必要な物品等の購入費用	〃	実費

(6)入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9)名 [男性(1名)女性(8名)]
	要介護1(3名) 要介護2(3名) 要介護3(1名) 要介護4(1名) 要介護5(0名) 申請中(1名) 年齢(平均85.8歳) [最低(72歳)最高(93歳)]
※入居に当たりの条件	要介護状態にある概ね65歳以上の中程度の認知症高齢者(65歳未満であっても初老期認知症に該当する者を含む)であって、次のいずれにも該当する者とする。 ①. 家庭環境等により、家庭での介護が困難な者であること。 ②. 概ね身の自立ができており、共同生活をおくことに支障のないこと。 (極端な暴力行為がある等共同生活をおくことが難しい者は除く)
退居に当たりの条件	①. 要介護度の認定更新において、利用者が自立若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. 利用者または利用者代理人が、契約の解除を通告した場合 ④. 事業者が、契約の解除を通告した場合 ⑤. 利用者が、病気の治療等その他の為、長期間にグループホームを離れることが決まり、且つその受入先が可能となった時。但し利用者が長期間にグループホームを離れる場合でも、利用者または利用者代理人と協議の上、居室確保等に合意した時は本契約を継続する事ができる。 ⑥. 利用者が、他の介護施設への入所が決り、その施設側で受入が可能となった時

(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 ット 名 グ ル ー プ ホ ー ム い こ い	総 数	(7)名 (内訳) 常 勤 (専従 6名) (兼務 1名) 常勤換算(7. 0名) 非常勤 (名)
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (小畑 真智子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ホームヘルパー1級 ガイト、難病ヘルパー) 認知症高齢者のケアの経験年数 (11年 5ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 ・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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ホームヘルパー1級 ガイト、難病ヘルパー) 認知症高齢者のケアの経験年数 (11年 5ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他介護職員 (6)名	資格 介護福祉士(1名) 看護師等(名) 介護支援専門員(名) その他 (社会福祉主事 ヘルパー2級)(5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) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 () 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事	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 type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護実践者研修 <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。

(8)その他

※提携医療機関名	しもぞのクリニック 北園歯科医院
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。)	◇市町村との連携の下に認知症老人等の情報を把握し、認知症老人となる家族及び対象者への相談や助言を行う。 ◇認知症老人の情報を定期的に報告し、市町村の福祉事業の参考にもらう。 ◇認知症老人及び家族に対し、市町村の福祉事業の情報を提供する。
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年のうちに一定の時期(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。