

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17日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	5	0	0	1	8	2
※グループホーム名	うれし舎									
※事業主体名(法人名)	有限会社 うれし舎						※代表者名		宗 像 麗 子	

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>有限会社うれし舎が開設するうれし舎(以下「事業所」という)が行う認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適切な運営を確保する為、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護者に対し、適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒896-0052) 鹿児島県串木野市上名6303番9号			
※連絡先	電 話	0996(32)5061	F A X	0996(33)2160
交通の便 (最寄り交通機関等)	J R串木野駅下車後、林田バスにて生福停留所下車から徒歩約1.2k。 J R串木野駅下車後、タクシーにて約5分。			
開設年月日	平成17年 2月13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	都市計画内・指定なし			
※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(2階建ての1・2階部分)			
※広 さ	敷地面積(663.09)㎡ 延床面積(459.6)㎡ 1室あたりの居室面積(9.9)㎡~(10.7)㎡			
※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)	(21,000) 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:) 円 ■無
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 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	月末締翌月請求等	実費相当額
②おむつ代	月末締翌月請求等	実費相当額
③その他	医療費立替金	月末締翌月請求等 実費相当額
	買物立替金	月末締翌月請求等 実費相当額

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (3名) 女性 (15名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (6名) 要介護3 (2名) 要介護4 (5名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 86.6歳) [最低 (77歳) 最高 (98歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定の結果、要介護の判定を受けられた方で認知症の状態にある方。 ・入院医療が不必要になった方。 ・少人数による共同生活が可能なる方。 ※暴力行為や自傷他害の恐れのある方は入居できません。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者または扶養義務者が退去を申出た時。 ・利用者の滞納があり、契約の解除通告をし、予告期間が満了したとき ・常時医療機関の治療が必要となったとき、または入院が長期にわたる場合。

(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 ニ ツ ト 名 ()	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 0名) 常勤換算 (7名) ・非常勤 (0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1週間の勤務延時間数(注)()時間÷40時間=常勤換算数(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	■専任 □兼務 (兼務の施設) □夜勤 (名) ■宿直 (1名)
	※管理者 氏名 (後潟ふぢ子)	■専任 □兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (11年 6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) ■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 (現任研修) (認定調査研修)
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (28年 11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) ■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 (現任研修) (認定調査研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士 () 名 看護婦 (0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) □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	<ul style="list-style-type: none">・ 鹿児島こども病院・ 京町内科・脳神経外科クリニック・ 春田整形外科・ 茶園歯科クリニック・ いとう耳鼻科
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。)	<ul style="list-style-type: none">・ 調査・協力等の要請があった場合には速やかに協力を 行う。・ 受託事業はありません。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input 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。