

別添2

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 1月 1日現在)

1) 事業主体の概要

介護保険番号	4	6	7	0	4	0	0	1	9	3
※グループホーム名	高齢者グループホーム 福祿寿									
※事業主体名	医療法人 慈生会				代表者名			鮫島秀弥		

2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>事業の目的：認知症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庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を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できるように支援する。</p> <p>運営の方針：利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービスに努めるとともに、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。常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。</p>
--

3) 組織の概要

※所在地	〒898-0022 鹿児島県枕崎市宮田町172-1番地			
※連絡先	電話	0993 (72) 6608	FAX	093 (72) 6608
交通の便 (最寄りの交通機関等)	県道に隣接。JR指宿枕崎線枕崎駅・鹿児島交通枕崎停留所より徒歩5分			
開設年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	15年2月11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。)				

4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	第一種住居地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄骨) 造り (1階建ての1階部分)
※広さ	敷地面積 (470) m ² 延床面積 (285.81) m ² 1室あたりの居室面積 (8.48) 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)	(25,000)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:) <input 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		
名目	徴収方法	金額(円)
①理美容代	徴収なし	実費
②おむつ代	月末〆翌月10日請求	実費
③共用費	//	5,000円
.		
.		
.		

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 (4名) 要介護2 (2名) 要介護3 (3名) 要介護4 (0名) 要介護5 (0名) 年齢 (平均83.6歳) (最低79歳)(最高92歳)
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主病が認知症であること ・ 要介護認定要支援2～要介護5の認定を受けていること ・ 共同生活が可能と思われる者 ・ 身元保証人の承諾書 以上全てに該当する者
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れのあるとき ・ 提出書類などの虚偽の申告または不正の手段によって入居したとき ・ 利用料その他の支払い滞納額が3ヶ月に達したとき ・ 事業所の指示または指導に従わなかったとき ・ 疾病にて他施設へ入院する場合2週間以上に及ぶ場合は一時退去扱いとする。

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。)

総数	(11 名)
	(内訳) ・常勤(専任 4 名) (兼務 2 名) ・非常勤(5 名) } 常勤換算(5.97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) (239 時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(5.97 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	<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(板敷 タツエ)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(<input checked="" 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) 認知症性高齢者のケアの経験年数(28 年 か月) 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 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 <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 () ()
計画作成担当者 氏名()	資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症性高齢者のケアの経験年数(2 年 か月) 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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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 (9) 名	資格 介護福祉士(2 名) 看護師等(1 名) 介護支援専門員(1 名) その他(訪問介護員2級等) (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(1 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こと	資格() 認知症性高齢者のケアの経験年数(年 か月) 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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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。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	ウエルフェア九州病院 サザン・リージョン病院 鯨島歯科医院
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議のメンバーとして参加 (同一法人内事業所参加) ・グループホーム運営状況の報告及び事故発生時の報告、情報交換 ・認知症相談対応や、認知症実態調査等への協力 (法人全体)
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 (8 時～ 21 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員注) 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) 派遣があれば、依頼したい。 <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <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もあることから、変更があった場合には10日以内に届け出る必要があります。
また、届出事項以外含め、少なくとも1年のうちに一定の時期に一度(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に届け出るものとする。