

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/ 〇 年 4 月 / 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	1	2	0	0	2	5	3
※グループホーム名	グループホーム協愛									
※事業主体名(法人名)	有限会社協愛介護サービス					※代表者名	取締役 香 月 恭 史			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>目的 要介護1以上で認知症の状態に居る者について、共同生活を行うことにより利用者が有する能力に応じた、日常生活が営まれる事が出来るよう、適正な認知症対応型共同生活介護を提供する。</p> <p>運営方針 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、サービスを個別に介護計画で作成し提供する。事業の実施にあたっては、市町村地域の保険、福祉、医療と綿密な連携を計る。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-4351) 鹿児島県霧島市国分新町1丁目6番52-17号		
※連絡先	電 話	0995-48-8600	FAX 0995-48-8506
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 国分駅		
開設年月日	平成/ 〇 年 7 月 21 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。)	協愛介護サービス 居宅介護支援事業所		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	第一種中高層地域		
※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 (946.52) m ²	延床面積 (482.08) m ²	1室あたりの居室面積 (7.50) 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)	(30,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 無
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) 円	<input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (800) 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	780	
②おむつ代	1回/月 サービス利用料と共に (袋単位にて)	
③その他	水道光熱費 (1回/月)	1回/月 サービス利用料と共に 5,000円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) (男性 (1 名) 女性 (17 名))
	要介護1 (7 名) 要介護2 (3 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (4 名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 82.5歳) (最低 (70 歳) 最高 (9 歳))
※入居に当たっての条件	要介護1~5 認知症のあり者
退居に当たっての条件	自立又は要支援を必要とする時 医療施設等に入院の必要がある時

(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 ツ ト 名 (A 棟	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (5.8 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1週間の勤務延時間数(注) (294) 時間 + 40 時間 = 常勤換算数 (5.8 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 type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 B棟) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直 (1 名)
	※管理者 氏名 (芝原公朗)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 B棟) 資格 (介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 年 0 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (2 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護婦 (名) その他 (1 級 - 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 (身体拘束廃止推進研修) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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。

(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 (B 棟)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 名) 常勤換算 (6.5 名) ・非常勤 (3 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) (263) 時間 ÷ 40 時間 = 常勤換算数 (6.5 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 type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 A 棟) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直 (1 名)
	※管理者 氏名 (芝原公朗)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 10 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (5 年 2 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (/) 名 看護婦 (名) その他 (11111-2級) (3) 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 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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。

