

## 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1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	9	3	0	0	1	3	9
※グループホーム名	グループホーム みさき									
※事業主体名(法人名)	株式会社 徳洲会					※代表者名		越 澤 徳 美		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者等に対して要介護状態の軽減若しくは悪化の防止予防を行うと共に、日常生活に必要な援助支援を行ない、適切な認知症対応型共同生活介護に努める。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒891-8327) 鹿児島県大島郡伊仙町犬田布字ケマシ 475 番地 1			
※連絡先	電 話	0997-81-9060	F A X	0997-81-9060
交通の便 (最寄り交通機関等)	総合陸運バス亀の子住宅停留所徒歩 2 分			
開設年月日	平成 16 年 9 月 29 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	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 ( 1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 3,523 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 499.50 ) m <sup>2</sup> 1 室あたりの居室面積 ( 9.45 ) m <sup>2</sup>			
※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)	( 10,000 ) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	■有 ( 50,000 ) 円 □無		
有の場合償却の有無	□有 (期間: ) 円 ■無		
※食費	朝食 ( 300 ) 円 昼食 ( 300 ) 円 夕食 ( 300 ) 円 おやつ ( 100 ) 円 又は1日 ( ) 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	地元理髪店より出張サービスにて理髪等を行って貰い、理髪時に本人支払い	実費相当額	
②おむつ代	月利用請求時に、別途項目にて請求	実費相当額	
③その他	光熱費	月利用請求時に、別途項目にて請求	200円/日

## (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 ( 2 名) 要介護2 ( 5 名) 要介護3 ( 9 名) 要介護4 ( 2 名) 要介護5 ( 0 名)
	年齢 (平均 81.4 歳) [最低 ( 62 歳) 最高 ( 95 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護度に該当するものであり、軽度の痴呆症状が見られ、且つ日常生活においてほぼ自立している方
退居に当たっての条件	要介護度が、支援又は、痴呆症状が改善し、居宅での日常生活で自立可能となった場合。 施設や他の入居者に対し危害を与える行動が見られる場合

## (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。)

(A)

ユ ニ ツ ト 名 ( A )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 ( ) 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( ) 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) ( ) 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 ( 1 名) □宿直 ( 0 名)
	※管理者 氏名 ( 實 加代美 )	■専任 □兼務(兼務の施設名 ( ) ) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 7 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 □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 基礎研修過程Ⅱ ) ( 平成17年度苦情・事故事例活用研修会 )
	計画作成担当者 氏名 ( 實 加代美 )	資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 7 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □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 基礎研修過程Ⅱ ) ( 平成17年度苦情・事故事例活用研修会 )
	その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( 0 ) 名 看護師等 ( 0 名) 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 ( 訪問介護員 ) ( 7 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 ( 新しい介護セミナー in 奄美 ) 受講済者 ( 2 名) ( 介護労働者としての接遇マナーコース ) 受講済者 ( 1 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

ユ ニ ツ ト 名 ( B )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 ( 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( 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) ( )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 ( 1 名) □宿直 ( 0 名)
	※管理者 氏名 ( 實 加代美 )	■専任 □兼務(兼務の施設名 ( ) ) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 7 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 □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 基礎研修過程Ⅱ ) ( 平成17年度苦情・事件事例活用研修会 )
	計画作成担当者 氏名	資格 (□看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 1 年 3 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □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 基礎研修過程Ⅱ ) ( )
	その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( 0 ) 名 看護師等 ( 0 名) 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 ( 訪問介護員 ) ( 7 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 ( 新しい介護セミナー in 奄美 ) 受講済者 ( 1 名) ( 介護労働者としての接遇マナーコース ) 受講済者 ( 1 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他 ( ) ) 認知症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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □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。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	伊仙クリニック ・ 伊仙歯科診療所
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 午前10時 ~ 午後8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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。