

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 5 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	7	5	0	0	0	9	4
※グループホーム名	グループホーム「きらら」									
※事業主体名(法人名)	医療法人おさしお会					※代表者名 長 崎 潮				

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>(事業の目的) 医療法人おさしお会が開設する指定認知症対応型共同生活介護事業所が行う指定認知症対応型共同生活事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>(運営方針) 事業は要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が、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に援助を行うものとする。</p> <p>事業の運営に当っては、地域との結びつきを重視し鹿屋市及び他の居宅サービス事業者その他の保健医療、福祉サービスを提供する事業者との連携に努めるものとする。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893-1103) 鹿児島県鹿屋市吾平町麓3766番地1		
※連絡先	電話 0994-58-5858	FAX 0994-58-5501	
交通の便 (最寄の交通機関等)	鹿児島交通 吾平バス停下車 徒歩15分		
開設年月日	平成12年4月1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	区域区分未設定都市計画区域内		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造平屋) 造り (1 階立ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1, 353) m ² 延床面積(303, 24) m ² 1室あたりの居室面積 (12, 51) 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)		(管理費として1日800円徴収)	
※保証金の有無(入居一時金)		<input type="checkbox"/> 有 () 円 ■ 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 200)円 昼 食 280)円 夕 食 300)円 おやつ()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		月利用料と同時徴収	2,000円(希望者)
②おむつ代		家族の持ち込み	
	診療費	月利用料と同時徴収	医療機関に要した費用
	特別な食事		

(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 (グループホームきらら1) ()	総数 (8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 0 名) 常勤換算(8 名) ・非常勤 (0 名) ・職員の勤務時間を1週間当り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) (320)時間÷40時間=常勤換算数(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 ■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設名) ■ 夜勤 (1 名) □ 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (井上 章子) ■ 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 年 7 ヶ月) 痴呆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 (痴呆介護実務者研修・専門課程) ()
	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 年 7 ヶ月) ・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 (痴呆介護実務者研修・専門課程) ()
	その他の職員 (7 名) 資格 介護福祉士(1) 名 看護師等 (2) 名 介護支援専門員 (0 名) その他 (ホームヘルパー) (2) 名 痴呆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(0 名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者(0 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者(0 名) () 受講済者(0 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は記入すること () ()	資格 (□看護師等、□介護福祉士、□介護支援専門員) □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 ヶ月) 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 [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。
 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	長崎内科 鹿屋市笠之原町1318番地 井ノ上病院 鹿屋市王子町3980番地1 平瀬病院 鹿屋市北田町7番1号 小浜歯科 鹿屋市吾平町麓3428番地1
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 下さい。)	受託なし
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	<input type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。)
	<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。

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 5 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	7	5	0	0	0	9	4
※グループホーム名	グループホーム「きらら2」									
※事業主体名(法人名)	医療法人おさしお会					※代表者名	長 崎 潮			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>(事業の目的) 医療法人おさしお会が開設する指定認知症対応型共同生活介護事業所が行う指定認知症対応型共同生活事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>(運営方針) 事業は要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が、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に援助を行うものとする。</p> <p>事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し鹿屋市及び他の居宅サービス事業者その他の保健医療、福祉サービスを提供する事業者との連携に努めるものとする。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893-1103) 鹿児島県鹿屋市吾平町麓3766番地1		
※連絡先	電話	0994-58-5858	FAX 0994-58-5501
交通の便 (最寄の交通機関等)	鹿児島交通 吾平バス停下車 徒歩15分		
開設年月日	平成14年12月1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	区域区分未設定都市計画区域内		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造平屋) 造り (1 階立ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1, 353) m ² 延床面積(215, 10) m ² 1室あたりの居室面積 (9) 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)		(管理費として1日700円徴収)	
※保証金の有無(入居一時金)		<input type="checkbox"/> 有 () 円 ■ 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 200)円 昼 食 280)円 夕 食 300)円 おやつ()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		月利用料と同時徴収	2,000円(希望者)
②おむつ代		家族の持ち込み	
	診療費	月利用料と同時徴収	医療機関に要した費用
	特別な食事		

(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 (グループホームきらら2) ()	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) (280)時間÷40時間=常勤換算数(7 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 (兼務の施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 1 名 <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (井上 章子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 年 7 ヶ月) 痴呆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 (認知症介護実務者研修・専門課程) ()
	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (7 年 1 ヶ月) ・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 (6 名)	資格 介護福祉士(1) 名 看護師等 (0) 名 介護支援専門員 (0 名) その他 (ホームヘルパー) (3) 名 痴呆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(0 名) [17年度以降] ・認知症介護 実践者研修 受講済者(0 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者(0 名) () 受講済者(0 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は記入すること	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 ヶ月) 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 [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。
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	長崎内科 鹿屋市笠之原町1318番地 井ノ上病院 鹿屋市王子町3980番地1 平瀬病院 鹿屋市北田町7番1号 小浜歯科 鹿屋市吾平町麓3428番地1
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 下さい。)	受託なし
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 type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入	<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。