

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 6 8 0 0 1 7 2		
※グループホーム名	グループホーム ふれあいの丘		
※事業主体名(法人名)	有限会社 コンフィアンス	※代表者氏名	内田 秀行

（2）※事業の目的及び運営の方針

グループホームふれあいの丘の事業は、認知症状を有する要介護利用者が共同生活住居において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように、家庭的な環境の中で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者家族の、精神的身体的負担の軽減を図る。利用者の意思及び人権を尊重するとともに、常に利用者の立場にたったサービスの提供を行う。グループホームの事業を運営するにあたっては、家族及び地域との連携を密にするとともに、関係行政その他、保険・医療・福祉サービス機関等との連携に努める。

（3）組織の概要

※所在地	（〒899-7103）			
	鹿児島県志布志市志布志町志布志1330番地			
※連絡先	電話	099-473-8113	FAX	099-473-8115
交通の便				
開設年月日	平成16年1月14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	介護付有料老人ホーム ひかりの丘			

（4）建物の概要

※都市計画法上の用途地域	鹿児島県志布志市志布志町志布志1330番地			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	（ 木 造 ） 造り （ 2 階建ての 1 階部分 ）			
※広さ	敷地面積（ 573 ）㎡ 延床面積（ 498.53 ）㎡ 1室あたりの居室面積（ 8.36 ）㎡			
※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日計算)	(1 8 0 0 0) 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:)円 <input type="checkbox"/> 無
※ 食費	朝食 (200)円 昼食 (250)円
	夕食 (350)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	本 人 (家族)	実 費
② おむつ代	本 人 (家族)	実 費
③ 光熱水費・日用品	本 人 (家族)	1日 600 円
そ の 他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居者数 (18 名) [男性 (3 名) 女性 (15 名)]
	要介護1 (5 名) 要介護2 (10 名) 要介護3 (2 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均 85 歳) [最低 (70歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たっての条件	1、介護認定で要介護1以上の方 2、主治医の診断により当該入居申込書が認知の症状にある方 3、家庭環境等により家族での介護が困難な方 4、概ね身の自立が出来ており、共同生活を送ることの支障がないこと (極端な暴力行為や自傷行為がある等共同生活を送ることが困難な方は除く)
※退居に当たっての条件	1、要介護の認定更新において、自立もしくは要支援と認定された場合 2、死亡した場合 3、正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納した場合 4、伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき 5、病気の治療等その他の為に、長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった場合 6、いつでも30日の予告期間を置いて、定められた契約書を解除する

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 （ A ユ ニ ツ ト ）	総数	(8)名 内訳・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤加算 (4 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加算数 職員の1週間の勤務延時間数(注) (160)時間÷40時間=常勤加算数 (4 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 (名)
	※管理者 氏名 (松元 健作)	□専任 ■兼務 (兼務の施設 グループホームふれあいの丘Bユニット) 資格 (社会福祉主事 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 9 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) ■受講済み □未受講 [17年以降]・グループホーム管理者研修 □受講済み ■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	資格 (准看護師 社会福祉主事 介護支援専門員 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10 年 5 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) ■受講済み □未受講 [17年以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済み ■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 (0)名 看護師 (0)名 その他 (ヘルパー1級・2級) (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) 受講者者 (0)名 [17年以降]・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 ()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は記入すること	資格 () 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) □受講済み □未受講 [17年以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済み □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 ユ ニ ツ ト ）	総数	(8)名 内訳・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤加算 (4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加算数 職員の1週間の勤務延時間数(注) (160)時間÷40時間=常勤加算数 (4 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 (名)
	※管理者 氏名 (松元 健作)	□専任 ■兼務 (兼務の施設 グループホームふれあいの丘Aユニット) 資格 (社会福祉主事 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 9 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) ■受講済み □未受講 [17年以降]・グループホーム管理者研修 □受講済み ■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	資格 (准看護師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5 年 9 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) ■受講済み □未受講 [17年以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済み ■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 (0)名 看護師 (0)名 その他 (ヘルパー1級・2級) (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) 受講者者 (0)名 [17年以降]・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 ()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は記入すること	資格 () 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) □受講済み □未受講 [17年以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済み □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	医療法人SAKURA 志布志中央クリニック たんぽぽオーラルケアクリニック 介護老人保健施設 老春苑
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。)	市町村が定期的又は随時に行う調査に対しては、積極的に協力し、また指導助言等については必要な改善を行うなど連携体制の確保に努めている。
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)等の受け入れ状況	<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領」(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。