

認知性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成18年6月20日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	3	2	0	0	0	7	9
※グループホーム名	ふるさとの家 郡山									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 正栄会					※代表者名	上片平栄昭			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護状態にあつて認知症の状態にある者に対し、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お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出来るようにするものとする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-1102) 鹿児島県鹿児島市東俣町3853番地			
※連絡先	電 話	099-298-8118	F A X	099-298-8122
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR九州バス 大英団地入口バス停まで300m徒歩約3分			
開設年月日	平成15年11月6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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(木造平屋) 造り
※広 さ	敷地面積 (4427.16) m ² 延床面積 (498.13) m ² 1室あたりの居室面積 (10.01) m ²
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(15,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	有の場合償却の有無	□有 (期間:) 円 □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	必要に応じて、利用料にて請求	実費
②おむつ代	必要に応じて、利用料にて請求	実費
③ そ の 他	管理費	利用日数に応じて
		一日 100 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 (0名) 女性18名]]
	要介護1 (7名) 要介護2 (6名) 要介護3 (2名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 85.3 歳) [最低 (74 歳) 最高 (95 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護1以上の要介護認定者でかつ認知性状態にある者 少人数による共同生活を営むのに支障がないこと
退居に当たっての条件	要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。また、暴力行為・自傷行為の恐れのある重度の認知性になった場合

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (I 棟)	総数	(6) 名 (内訳)・常勤 (専任 2 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (5.7 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 職員の1週間の勤務延時間数(注)(192)時間÷40時間=常勤換算数(4.8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 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 (有馬慎一)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護支援専門員・社会福祉主事) 認知症性高齢者のケアの経験年数(8年 6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 (専門課程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格(介護支援専門員・准看護師) 認知性高齢者のケアの経験年数(5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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護婦 (名) ヘルパー2級 (2) 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) (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 () 認知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 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。

ユ ニ ツ ト 名 （ 棟	総数	(6) 名 (内訳)・常勤 (専任 2名) (兼務 2名) 常勤換算 (5.7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 職員の1週間の勤務延時間数(注)(183)時間÷40時間=常勤換算数(4.5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 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 (有馬慎一)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護支援専門員・社会福祉主事) 認知性高齢者のケアの経験年数(8年6か月) 認知性介護に関する研修の受講歴 ・認知性介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input 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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格(介護支援専門員・社会福祉主事) 認知性高齢者のケアの経験年数(8年6か月) 認知性介護に関する研修の受講歴 ・認知性介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input 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	資格 社会福祉主事 (1)名 ヘルパー1級 (1名) ホームヘルパー2級 (1名) 認知性介護に関する研修の受講歴 ・認知性介護実務者研修(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 () 認知性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 認知性介護に関する研修の受講歴 ・認知性介護実務者研修(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 () ()	

(8) その他

※提携医療機関名	上片平産婦人科・内科　みらい歯科 特老「愛泉園」 老健「吉田ナーシングホーム」
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。)	必要に応じて市町村とは連絡をとります
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。 平成17年度に鹿児島市より受け入れました
	<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。

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成 18年 6月 19日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 ふるさとの家 郡山/I棟

4) 組織の概要

開設年月日 昭和・平成 15年 11月 6日 | 利用定員 (9) 人

5) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	() 造り () 階建ての () 階部分
広さ	延床面積() m ² 室あたりの居室面積() m ²
二人部屋の有無	有() 無() 該当する方に○を付けて下さい。

6) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	() 円
保証金の有無(入居時一時金)	有() () 円 無()
有の場合償却の有無	有() 期間() 無()

該当する方に○を付けて下さい。

7) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(<u>9</u>)名 (男性(<u>0</u>)名 女性(<u>9</u>)名)
	要介護1(<u>6</u>)名 要介護2(<u>3</u>)名
	要介護3()名 要介護4(<u>1</u>)名
	要介護5()名
	年齢(平均 <u>83.5</u> 歳) (最低 <u>74</u> 歳) (最高 <u>92</u> 歳)

新築()
 改築() 築() 年 該当する方に○を付けて下さい。

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ (<u>2</u>) 名 ランクA (<u>7</u>) 名 ランクB () 名 ランクC () 名	・アルツハイマー (<u>6</u>) 名 ・脳血管性痴呆 (<u>1</u>) 名 老年期痴呆 (<u>2</u>) 名 ・その他 () 名	
痴呆度	ランクI (<u>4</u>) 名 ランクIIa (<u>1</u>) 名 ランクIIb (<u>2</u>) 名 ランクIIIa () 名 ランクIIIb (<u>2</u>) 名 ランクIV () 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	理由	人数(<u>6</u>)名
	・ 病気のため	退居先 (<u>日高病院・中央病院</u>)
	・ 転居	(<u>愛泉園・竹山苑</u>)
	・ 死亡	()

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (<u>0</u>) 回 (理由)
	②ホーム長の交代回数(注2参照)() 回 (理由)
	③常勤職員の交代回数 (<u>1</u>) 回 (理由: 法人内移動のため)

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成 18年 6月 19日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 ふるさとの家 郡山/L棟

3) 組織の概要

開設年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 15年 11月 6日	利用定員	(9) 人
-------	--	------	---------

4) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	(木造)造り (1 階建ての 1 階部分)
広さ	延床面積(498.13)㎡ 室あたりの居室面積 10.01)㎡
二人部屋の有無	有(<input type="checkbox"/>) 無() 該当する方に○を付けて下さい。

5) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	(15,000) 円
保証金の有無(入居時一時金)	有() ()円 無(<input type="checkbox"/>) 該当する方に○を付けて下さい。
有の場合償却の有無	有()期間() 無()

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9)名 (男性(0)名 女性(9)名)
	要介護1(2)名 要介護2 (3)名
	要介護3(2)名 要介護4 (2)名
	要介護5()名
	年齢(平均 87.1 歳) (最低 81 歳) (最高 95 歳)

新築(<input type="checkbox"/>)	該当する方に○を付けて下さい。
改築()築()年	

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ (2) 名 ランクA (6) 名 ランクB (1) 名 ランクC () 名	・アルツハイマー (2) 名 ・脳血管性痴呆 () 名 ・老年期痴呆 (7) 名 ・その他 () 名	
痴呆度	ランクI (1) 名 ランクIIa (2) 名 ランクIIb (1) 名 ランクIIIa (1) 名 ランクIIIb (4) 名 ランクIV () 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	理由	人数(9)名	退居先
	・ 転院 ・ 在宅復帰・死亡 ・ グループホームへ転居		(植村病院) (介護施設) (ひだまりの家)

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (0) 回 (理由)
	②ホーム長の交代回数(注1参照)() 回 (理由)
	③常勤職員の交代回数 () 回 (理由)