

## 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 7 月 1 日現在)

### 1) 事業主体の概要

<u>グループホーム名</u>	グループホーム東谷山	<u>事業主体名</u>	医療法人 光徳会
		<u>代表者名</u>	徳田 哲

### 2) 事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者に対し、日常生活における援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ認知症高齢者が精神的に安定して明るい生活が送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする

### 3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒 891-0113 TEL 099-260-8200 FAX 099-260-8200 鹿児島市 東谷山 2丁目49-10 マルアドレ		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	鹿児島交通 波の平バス停前		
開設年月日	平成 14 年 11 月 29 日	<u>ユニット数と利用定員</u>	( 2 ) ユニット 利用定員 ( 17 ) 人
<u>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。)</u>			

### 4) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型
<u>建物構造</u>	( 鉄骨 ) 造り ( 3 階建ての 2, 3 階部分)
消火設備	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 消火器、火災警報機 )
<u>広さ</u>	敷地面積 ( 452.74 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 859.04 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.93 ) m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		( 30,000 ) 円
<u>入居時に必要な費用(敷金等)の有無</u>		<input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>有の場合償却の有無</u>		<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) <input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>	朝食 ( 250 ) 円 昼食 ( 250 ) 円 夕食 ( 500 ) 円 おやつ ( ) 円 又は1日 ( ) 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴収方法	金 額 (円)
①理美容代	実費	
②おむつ代	実費	
③光熱水費	電気、水道、ガス	5,000
④共益費		
⑤その他	介護保険認定介護度 1割	
.		
.		

6) 入居者の概要

<u>現在の入居者の状態</u>	入居者数 ( 15 名 ) (男性 ( 5 名 ) 女性 ( 10 名 ) )
	要介護1 ( 7 名 ) 要介護2 ( 2 名 ) 要介護3 ( 4 名 ) 要介護4 ( 2 名 ) 要介護5 ( 名 )
	年齢 (平均 88.6 歳) (最低 69 歳) (最高 93 歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	65歳以上で中程度 (介護1以上) の認知症高齢者  家庭生活環境などにより家庭介護の困難な人  ある程度身辺自立ができており共同生活の可能な人
<u>退居に当たっての条件</u>	病気、怪我により、長期入院は必要になった場合  他の入居者などに危害を加えたり、加えそうな場合

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。)

2 ユ ニ ツ ト	総数	( 8 名) 常勤換算数 <sup>*1</sup> ( 6 名)
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任  <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	<u>管理者</u> 氏名 (田中 忠治)	<input checked="" type="checkbox"/> 兼任 (同施設3階ユニット兼任 )  資格 ( 社会福祉主事 (任用) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 7年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症(脳)介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	<u>計画作成担当者</u> 氏名	資格 ・介護支援専門員 ・その他 ( 介護福祉士 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 10年 4 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症(脳)介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	介護従業者 ・常勤(専任 名) (兼務 名) ・非常勤 ( 6. 5名)  常勤換算数 <sup>*1</sup> ( 6 ) 活動時間帯 <sup>*2</sup> の常勤換算数 <sup>*1</sup> ( 3名)	資格 介護福祉士 ( 名) 看護師 ( 名) その他(ヘルパー2級 ) ( 5 名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症(脳)介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <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 ( ) 受講済者 ( 名)
	(再掲) ホーム長 氏名 ( ) ※「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。定めていない場合には記入は省略できる。	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(脳)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 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <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 ( ) ( )

※1 常勤換算数

職員の1週間の勤務延時間数(宿直時間数は除く)÷常勤職員の1週間の勤務時間数

※2 活動時間帯の常勤換算数(介護従業者)

夜間及び深夜の時間帯以外の介護従業者の1週間の勤務延時間数(睡眠時間除く)÷常勤職員の1週間の勤務時間数

注) 他ユニットまたは他事業所との兼務者については、当該ユニットでの勤務時間数のみを延時間数のみを延べ時間数に算入する。

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。)

(3) ユニット	総数	( 8 名) 常勤換算数 <sup>※1</sup> ( 6 名)
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任  <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	<u>管理者</u> 氏名 (田中 忠治)	<input checked="" type="checkbox"/> 兼任 (同施設3階ユニット兼任 )  資格 ( 社会福祉主事 (任用) ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 7年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症(脳)介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	<u>計画作成担当者</u> 氏名	資格 ・介護支援専門員 ・その他 ( 准看護師 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 2年 3 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症(脳)介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
	介護従業者 ・常勤(専任 名) (兼務 名) ・非常勤 ( 6. 5名)  常勤換算数 <sup>※1</sup> ( 6 ) 活動時間帯 <sup>※2</sup> の常勤換算数 <sup>※1</sup> ( 3名)	資格 介護福祉士 ( 名) 看護師 ( 名) その他(ヘルパー2級) ( 5 名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症(脳)介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <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 ( ) 受講済者 ( 名)
(再掲) ホーム長 氏名 ( ) ※「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。定めていない場合には記入は省略できる。	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(脳)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 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 認知症介護実践リーダー研修 <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 ( ) ( )	

※1 常勤換算数

職員の1週間の勤務延時間数(宿直時間数は除く) ÷ 常勤職員の1週間の勤務時間数

※2 活動時間帯の常勤換算数(介護従業者)

夜間及び深夜の時間帯以外の介護従業者の1週間の勤務延時間数(宿直時間数は除く) ÷ 常勤職員の1週間の勤務時間数

注) 他ユニットまたは他事業所との兼務者については、当該ユニットでの勤務時間数のみを延時間数のみを延べ時間数に算入する。

8) その他

提携医療機関名	鹿児島徳洲会病院
市町村との連携状況 (事業者を受託している場合の事業名等具体的にご記入下さい。)	入居者介護度の報告 事故、苦情等の報告 市、県等の公文書に対応
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 8時～ 20時)
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) 市の介護相談員受け入れ実績有

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。

- ※ (1) 口欄のある箇所は、どちらかを■点でチェックして下さい。  
(2) 図面及び運営規程を添付して下さい。

(留意事項)

下線の項目は、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、変更があった場合には10日以内に届け出る必要があるほか、下線の項目以外も含め、毎年7月1日現在の情報を同月末までに指定を受けた県民局及び市町に提出するものとする。