

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 6 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	2	1	0	0	1	8	9
※グループホーム名	グループホーム みどりの郷									
※事業主体名（法人名）	有限会社 一幸						※代表者名	田之上幸弘		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症を有する高齢者が家庭的な雰囲気の中で適切なケアを受けながら共同生活を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 891-0705) 揖宿郡穎娃町上別府4627			
※連絡先	電 話	0993-28-2250	F A X	0993-28-2255
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 青戸バス停			
開設年月日	平成 16 年 7 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	都市計画地域内			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨造平屋) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1843.58) m ² 延床面積 (488.56) m ² 1室あたりの居室面積 (8.27) 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)	(600) 円 / 1日		
※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:) 円 ☑無	
※食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (800) 円		
※その他の費用と徴収方法			
名 目	徴 収 方 法	金 額 (円)	
①光熱水費	月払い	1日 500円	
②			
③ そ の 他	理美容代	立替にて月末請求	実費
	おむつ代	立替にて月末請求	実費
	日用品代	立替にて月末請求	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (4 名) 女性 (14 名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (4名) 要介護3 (8名) 要介護4 (名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均 82歳) [最低 (73歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	認知症の高齢者であること。 要介護認定を受けていること。
退居に当たっての条件	1 利用者の死亡 2 要介護の状態でなくなった時 3 医療機関への長期入院 4 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけるとき

(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 (幸 寿 苑)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (4.7 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1週間の勤務延時間数(注)(187)時間÷40時間=常勤換算数(4.7 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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (徳永達也)	■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) 認知症性高齢者のケアの経験年数(10 年 10 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 (介護支援専門員現任研修)()
	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) 認知症性高齢者のケアの経験年数(10 年 10 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 (介護支援専門員現任研修)()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士(0)名 看護師等(2 名) その他(ホームヘルパー2級)(2 名) その他(社会福祉士・精神保健福祉士)(1 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 (H17 身体拘束廃止推進研修) 受講済者(1 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(<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ホームヘルパー1級) 認知症性高齢者のケアの経験年数(13 年 10 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。

(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 (福寿苑)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (4.6 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1週間の勤務延時間数(注)(185)時間÷40時間=常勤換算数(4.6 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 (徳永達也)	■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) 認知症性高齢者のケアの経験年数 (10 年 10 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 (介護支援専門員現任研修) ()
	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) 認知症性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 □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 (介護支援専門員現任研修) ()
	その他の介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (1 名) その他 (ホームヘルパー2級) (3 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 (H17 身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1 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 (■看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他 ホームヘルパー1級) 認知症性高齢者のケアの経験年数 (13 年 10 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。

(8) その他

※提携医療機関名	みどりクリニック ひまわり歯科クリニック
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。)	穎娃町社会福祉協議会 穎娃町地域包括支援センター 地域型在宅介護支援センター 望洋の里在宅介護支援センター のぎく園在宅介護支援センター こぎく園在宅介護支援センター 上記支援センターと協議し、相互の緊密な連携でより良い介護福祉を確認してまいります
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (家族会はないが行事等に集まっていたいている。)
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (8 時～ 19 時) <input 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。 穎娃町では、民生員・公民館長並びに老人会、女性連等の役員に相談協力員として委嘱しております。その方々が訪問し、相談を受けるための部屋を設置して対応しています。 <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。