

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 1月31日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所 番号	4	6	7	4	9	0	0	1	9	8	
※グループホーム名	第二スマイル園										
※事業主体名(法人名)	医療法人 幸望会						※代表者名		高野 徹		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

目的… 要介護状態であって認知症状態にある者に対し適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

運営方針… 要介護者であって認知症状態にある者について共同生活において、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努めるものとする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-1401) 鹿児島県出水郡東町鷹巣2093-1			
※連絡先	電 話	0996 86-1017	FAX	0996 86-1017
交通の便 (最寄り交通機関等)	阿久根市及び出水市より南国交通バス			
開設年月日	平成17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。)	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	(鉄筋コンクリート) 造り (1階建ての 1階部分)
※広 さ	敷地面積 (5.546) m ² 延床面積 (695) m ² 1室あたりの居室面積 (平均17.6 最大18.0 最小17.5) 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)	(5.000) 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 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (650) 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	理美容院を利用する場合は実費 スタッフが行う場合は無料	
②おむつ代	毎月家賃・食費と共に現金にて徴収	実費 上限 5.000円
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (3名) 女性 (15名)]
	要介護1 (8名) 要介護2 (3名) 要介護3 (3名) 要介護4 (5名) 介護5 (名)
	年齢 (平均 歳) [最低 (92歳) 最高 (71歳)]
※入居に当たっての条件	① 入居中は、職員の指示に従って下さい。 ② 外出、外泊は管理者の許可を受けて下さい。 ③ 居室内は、禁煙。所定の場所のみで喫煙して下さい。 ④ 居室内の清潔保持をして下さい。 ⑤ ホームでの政治・宗教活動は遠慮して下さい。
退居に当たっての条件	① 上記の条件に著しく違反した場合 ② 疾病等により常時高度の医療行為が必要になった場合 ③ 家族の方が退居を申し出られた場合 以上の条件が発生した時、家族と相談の上退居と判断します。

(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。)

総数	(6) 名
	(内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (4, 2 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 職員の1週間の勤務延時間数(注)()時間÷40時間=常勤換算数(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 (千代田 庸)	<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 type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 8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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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 (認知症介護実務者研修 専門課程) ()
計画作成担当者 氏名 (千代田 庸)	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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 8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 [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 () ()
その他介護職員 (5) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 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 () 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 (<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) 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) <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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(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 (グ リ ド)	総数	(6) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (4, 2 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 職員の1週間の勤務延時間数(注) () 時間 ÷ 40 時間 = 常勤換算数 (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 (千代田 庸)	<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 type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10 年 8 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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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 (認知症介護実務者研修専門課程) ()
	計画作成担当者 氏名 (宮山 さとみ)	資格 (<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 8 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 [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 () ()
その他介護職員 (5) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー2級) (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 () 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 (<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) 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) <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。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	高野医院 児島歯科医院
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。)	今のところなし
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 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。