

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 2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	0	0	0	0	9	6
※グループホーム名	グループホーム菜の花園1号棟									
※事業主体名(法人名)	医療法人豊寿会						※代表者名	川井田 繁		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	医療法人豊寿会が開設する認知症対応型共同生活介護事業 グループホーム菜の花園(以下「事業所」という)が行う指定認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従事者が要介護状態にある高齢者に対して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する。
(運営の方針)	指定認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって痴呆の状態にあるものについて、共同生活住居(法第七条第十五項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)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の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に努めるものである。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-4412) 鹿児島県霧島市霧島大窪字向田63番地2			
※連絡先	電 話	(0995) 64 - 8095	F A X	(0995) 64 - 8096
交通の便 (最寄り交通機関等)	霧島神宮駅徒歩15分			
開設年月日	平成15年 2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 (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	宅地			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木 造) 造り (1階建ての 1階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1951.98) m ² 延床面積 (1号棟 294.41 2号棟 298.31) m ² 1室あたりの居室面積 (10.59) 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)	(1,000 / 日) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (15,000) 円	<input type="checkbox"/> 無	
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 退去時) 円 <input type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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	実費		
②おむつ代	実費		
③その他	水道光熱費	月締め請求	200円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (8名) [男性 (0名) 女性 (8名)]
	要介護1 (0名) 要介護2 (0名) 要介護3 (5名) 要介護4 (3名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 86.3 歳) [最低 (81 歳) 最高 (89 歳)]
※入居に当たっての条件	・要介護1以上で認知症の状態である方 ・身近の自立ができ、共同生活を送ることに支障がない方
退居に当たっての条件	・死亡時 ・入院1ヶ月以内の退院の見込みがない場合 ・その他運営規程による

(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 (菜の花園一号楼)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 名) 常勤換算 (7.8名) ・非常勤 (1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)(0)時間÷40時間=常勤換算数(0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 (川井田 由美子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (12年 3カ月) 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 (阿萬 ひづる)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9年 9カ月) 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師 (1名) その他 (ヘルパー2級) (4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 (0名) (専門課程) 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 (小野 勝子) 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 (ヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3年 6カ月) 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。

(8) その他

※提携医療機関名	国分生協病院 医療法人豊寿会川井田医院 きりしま歯科医院
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。)	
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～20時) <input 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 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。

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 2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	0	0	0	0	9	6
※グループホーム名	グループホーム菜の花園2号棟									
※事業主体名(法人名)	医療法人豊寿会						※代表者名	川井田 繁		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	医療法人豊寿会が開設する認知症対応型共同生活介護事業 グループホーム菜の花園(以下「事業所」という)が行う指定認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従事者が要介護状態にある高齢者に対して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する。
(運営の方針)	指定認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって痴呆の状態にあるものについて、共同生活住居(法第七条第十五項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)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の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に努めるものである。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-4412) 鹿児島県霧島市霧島大窪字向田63番地2			
※連絡先	電 話	(0995) 64 - 8095	F A X	(0995) 64 - 8096
交通の便 (最寄り交通機関等)	霧島神宮駅徒歩15分			
開設年月日	平成15年 2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	宅地			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木 造) 造り (1階建ての 1階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1951.98) m ²		延床面積 (1号棟 294.41 2号棟 298.31) m ²	
	1室あたりの居室面積 (10.59) 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)	(1,000 / 日) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (15,000) 円 <input type="checkbox"/> 無		
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 退去時) 円 <input type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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	実費		
②おむつ代	実費		
③その他	水道光熱費	月締め請求	200円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (7名) [男性 (0名) 女性 (7名)]
	要介護1 (1名) 要介護2 (3名) 要介護3 (2名) 要介護4 (1名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 76.1歳) [最低 (68歳) 最高 (97歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護1以上で認知症の状態にある方 ・身近の自立ができ、共同生活を送ることに支障がない方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡時 ・入院一ヶ月以内に退院の見込みがない場合 ・その他運営規程による

(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 (菜 の 花 園 二 号 棟)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 1名) 常勤換算 (7.1名) ・非常勤 (2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)(0)時間÷40時間=常勤換算数(0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 type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直 (1名)
	※管理者 氏名 (川井田 由美子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (12年 3カ月) 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 (川井田 由美子)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (12年 3カ月) 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師 (1名) その他 (ヘルパー2級等) (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 (0名) (専門課程) 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 (小野 勝子) 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 (ヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3年 6カ月) 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。

(8) その他

※提携医療機関名	国分生協病院 医療法人豊寿会川井田医院 きりしま歯科医院
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。)	
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～ 20時) <input 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 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。