

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28日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	8	2	0	0	1	0	8
※グループホーム名	グループホーム「鶴と亀」1号館									
※事業主体名(法人名)	(有) 千 華					※代表者名		有馬 千賀子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

利用者に対し、1. 尊厳ある暮らし2. 生活の向上3. 認知症の状態の改善、進行の予防 4. 家族の負担の軽減を目的とし、家族的な雰囲気の中で疑似家族を作り自立支援をしながら、利用者個々の個性を引き出し、楽しく生活が送れるように支援する。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-4207) 鹿児島県熊毛郡上屋久町小瀬田849番地32			
※連絡先	電 話	0997-43-5501	F A X	0997-43-5811
交通の便 (最寄り交通機関等)	小瀬田診療所バス停前			
開設年月日	平成15年 5月 9日	※ユニット数 と利用定員	(1) ユニット 利用定員 (9) 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	都市計画区域外			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (962) m ²		延床面積 (258.39) m ²	
	1室あたりの居室面積 (8.77) 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) 1号館	(25,000) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (入居時 30,000) 円 <input type="checkbox"/> 無		
有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 退去時、居室等の破損と相殺) 円 <input type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 (350) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 円 おやつ (50) 円 又は1日 (1,050) 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	本人、家族の了解を得て、美容室へ連れて行きます。 職員が散髪する場合は無料です。	実費	
②おむつ代	施設が立替え、翌月家族へ請求します。	実費	
③その他	日用品	施設が立替え、翌月家族へ請求します。	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (3 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (1 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (1 名) 要介護4 (2 名) 要介護5 (1 名)
	年齢 (平均80.3歳) [最低 (64 歳) 最高 (89 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にある方 (急性期の状態にある者を除く) のうち、少人数による共同生活を営むことに支障のない方とする。
退居に当たっての条件	病態の急変や日常生活の自立度が大幅に変化した場合、利用者の状態に応じて病院又は、他施設への紹介をすることになります。退去に当たっては、適切な指導を行うと共に居宅介護支援事業者との連携を持って必要な措置を講じる。

(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 () 1号館 ()	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 名) 常勤換算 (8.5 名) ・非常勤 (5 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 (時 美利子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 グループホーム鶴と亀) 資格 (看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (3 年 11 か月) 痴呆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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・グループホーム 管理者研修 <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 (身体拘束廃止推進研修) (認知症介護実践研修)
	計画作成担当者 氏名 (中島 妃幸)	資格 (介護支援専門員・看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 11 か月) 痴呆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 ・認知症介護 実践者研修 <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 () ()
	その他の職員 (9) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師 () 名 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー1・2・3級) (5 名) 痴呆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) ・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 (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 () 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 痴呆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 ・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	小瀬田診療所
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。)	<input type="radio"/> 社会福祉法人 淳成会 特別養護老人ホーム 竜天園 <input type="radio"/> 社会福祉法人 愛心会 特別養護老人ホーム 縄文の郷
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 (8 時 ~ 20 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。) 町との連絡を綿密に取り、連絡網により積極的に受け入れ、参加して頂いています。
	<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。

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	8	2	0	0	1	0	8
※グループホーム名	グループホーム「鶴と亀」2号館									
※事業主体名(法人名)	(有) 千 華						※代表者名	有馬 千賀子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>利用者に対し、1. 尊厳ある暮らし2. 生活の向上3. 認知症の状態の改善、進行の予防 4. 家族の負担の軽減を目的とし、家族的な雰囲気の中で疑似家族を作り自立支援をしながら、利用者個々の個性を引き出し、楽しく生活が送れるように支援する。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-4207) 鹿児島県熊毛郡上屋久町小瀬田849番地18			
※連絡先	電 話	0997-43-5501	F A X	0997-43-5811
交通の便 (最寄り交通機関等)	小瀬田診療所バス停前			
開設年月日	平成17年7月1日	※ユニット数 と利用定員	(1) ユニット 利用定員 (9) 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	都市計画区域外			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1962) m ² 延床面積 (298.60) m ² 1室あたりの居室面積 (91.24) 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)	(30,000) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (入居時 30,000) 円 <input type="checkbox"/> 無		
有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 退去時、居室等の破損と相殺) 円 <input type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 (350) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 円 おやつ (50) 円 又は1日 (1,050) 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	本人、家族の了解を得て、美容室へ連れて行きます。 職員が散髪する場合は無料です。	実費	
②おむつ代	施設が立替え、翌月家族へ請求します。	実費	
③その他	日用品	施設が立替え、翌月家族へ請求します。	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (8 名) [男性 (2 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (2 名) 要介護2 (3 名) 要介護3 (2 名) 要介護4 (名) 要介護5 (1 名)
	年齢 (平均96.2歳) [最低 (77 歳) 最高 (88 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にある方 (急性期の状態にある者を除く) のうち、少人数による共同生活を営むことに支障のない方とする。
退居に当たっての条件	病態の急変や日常生活の自立度が大幅に変化した場合、利用者の状態に応じて病院又は、他施設への紹介をすることになります。退去に当たっては、適切な指導を行うと共に居宅介護支援事業者との連携を持って必要な措置を講じる。

(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。)

	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.5 名) ・非常勤 (6 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)
ユ ニ ツ ト 名 (※管理者 氏名 (時 美利子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 グループホーム鶴と亀) 資格 (看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (3 年 11 か月) 痴呆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 ・グループホーム 管理者研修 <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 (身体拘束廃止推進研修) (認知症介護実践者研修)
2 号 館 (計画作成担当者 氏名 (中島 妃幸)	資格 (介護支援専門員 ・ 看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 11 か月) 痴呆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 ・認知症介護 実践者研修 <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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 () 名 看護師 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (1 名) 痴呆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) ・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 () 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 月) 痴呆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 ・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	小瀬田診療所
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。)	<input type="radio"/> 社会福祉法人 淳成会 特別養護老人ホーム 竜天園 <input type="radio"/> 社会福祉法人 愛心会 特別養護老人ホーム 縄文の郷
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 (8 時 ~ 20 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。) 町との連絡を綿密に取り、連絡網により積極的に受け入れ、参加して頂いています。
	<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。