

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5月 / 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	3	1	0	0	1	0	5
※グループホーム名	タンポポ福祉館									
※事業主体名(法人名)	有 限 公 司 タンポポ福祉館					※代表者名	井田裕一郎			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め要介護者に対し適正な事業を提供することを目的とする、利用者の要介護状態の軽減・悪化の防止に資するよう日常生活に必要な援助を適切に行う。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-2704)		
	鹿児島市春山町1855-7		
※連絡先	電 話	099-278-7110	FAX 099-278-7115
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 上谷口バス停から徒歩1分 JR 伊集院駅からタクシーで5分		
開設年月日	平成15年3月26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	都市計画内(無指定地域)		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造コル=アル)造り(1階建ての1階部分)		
※広 さ	敷地面積(1320)㎡	延床面積(407.65)㎡	1室あたりの居室面積(7.92)㎡
※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)	(21,000 円 日額 700) 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 (800) 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	自己負担	実費
②おむつ代	〃	〃
③その他	各居室で個人的に設置される	実費
	テレビ・電話・冷蔵庫等に関する	
	経費は入居者の負担になる。	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17 名) [男性 (1 名) 女性 (16 名)]
	要介護1 (3 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (6 名) 要介護4 (4 名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 85 歳) [最低 (71 歳) 最高 (97 歳)]
※入居に当たっての条件	・介護認定の結果「要支援2・要介護」の判定を受けた方で認知症の状態である方。 ・入院医療が不必要になる、且方 少人数による共同生活が可能なる方
退居に当たっての条件	・暴力行為や自傷他害の恐れのある方。

(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	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 名) 常勤換算 (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)(224)時間÷40時間=常勤換算数(5.6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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (井田裕子)	<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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (12 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 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 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 (ケアプラン作成技術向上研修会) (認知症ケアのケアマネジメント研修)
	計画作成担当者 氏名 (井田裕子)	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (12 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 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 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 (同上) (同上)
	その他介護職員 ()名	資格 介護福祉士 (2)名 看護師等 (名) 介護支援専門員 (/)名 その他 () (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) [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 (認知症を扱うケア) 受講済者 (2 名) (身体拘束推進研修) 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) 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 ・痴呆介護実務者研修(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	川畑内科クリニック・脇丸医院・奥歯科医院
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。)	・地域の保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携を図る。 ・市からの質問・調査等には積極的に協力情報開示等すすんで提供する。
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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。 介護相談員を受入れ指導・助言をして頂き積極的に改善し質向上を図る。 <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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

(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。)

ユニット名	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (4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) (224) 時間 ÷ 40時間 = 常勤換算数 (5.6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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (井田 裕子)	<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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (12 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 [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 (ケアプラン作成技術向上研修会) (認知症のケアマネジメントに向けて)
	計画作成担当者 氏名 (有村 ゆり子)	資格 (<input checked="" 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (10 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 [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 (認知症を治すケア) (身体拘束廃止推進研修)
	その他介護職員 (5) 名	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 (1) 名 その他 (グループホームヘルパー2級) (2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) [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 (認知症を治すケア) 受講済者 (2名) (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1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) 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 ・痴呆介護実務者研修 (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。