

(調査様式1)

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 1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	8	8	0	0	1	5	4
※グループホーム名	グループホーム ふぬいの里									
※事業主体名(法人名)	株式会社 地域ケアささえ愛					※代表者名		碓山 タツ子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

・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、事業所の認知症対応型共同生活介護従業者が、要介護者18名並びに定員18名の枠内で1ユニットにつき1名を限度とする30日以内の短期利用共同生活介護に対し適正なサービスを提供する事を目的とする。

・運営方針は、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒894-0411) 鹿児島県大島郡竜郷町赤尾木134番地1 A棟 鹿児島県大島郡竜郷町赤尾木134番地3 B棟(同一敷地内)			
※連絡先	電 話	0997-55-4888(A棟.事務所) 0997-62-5777(B棟)	F A X	0997-55-4888
交通の便 (最寄り交通機関等)	赤尾木バス停より徒歩5~10分			
開設年月日	平成14年 4月12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	
※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) 造り (2 棟)
※広 さ	敷地面積 (906.48) m ² 延床面積 A(218.28) B棟(221.87)m ² 1室あたりの居室面積 (8.3) 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)	(10,000) 円 入退所時における月途中の家賃に関しては当月の日割計算といたします。		
※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理美容代	実費相当分		
②おむつ代	実費相当分		
③その他	病院受診代	実費相当分	
	日常生活用品	実費相当分	
	光熱費	利用日数1日単位での徴収	1日200円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (2 名) 女性 (16 名)]
	要介護1 (3名) 要介護2 (3名) 要介護3 (10名) 要介護4 (1名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均87.7歳) [最低 (78歳) 最高 (96歳)]
※入居に当たっての条件	入居に際しては主治医の診断書等により認知症の状態にあると認められる者であること。 他の入居者との共同生活が出来ると認められること。
退居に当たっての条件	・認知症もしくは要介護状態の軽減により当該サービスが必要ではないと判断された場合 ・入院治療が必要で自ら必要なサービス提供をすることが困難となった場合

(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(グループホームふぬいの里 A棟)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (5.97名) ・非常勤 (2 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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)(223.9)時間÷37.5時間=常勤換算数(5.97名) (注)勤務延時間数には、夜勤時間帯及び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 (碓山 タヅ子)	□専任 ■兼務(兼務の施設名 グループホームふぬいの里B棟) 資格(□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数(10年 7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 (身体拘束廃止推進研修、GHでの健康管理・口腔ケア) (介護支援専門員現任研修専門課程・看護職員研修)
	計画作成担当者 氏名 (碓山 タヅ子)	資格(□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数(10年 7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 (身体拘束廃止推進研修、GHでの健康管理・口腔ケア) (介護支援専門員現任研修専門課程・看護職員研修)
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士(2) 名 準看護師(1 名) 介護支援専門員() 名 その他 (1級・2級ヘルパー) (5 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 (管理栄養士指導) 受講済者(7 名) (業務とケアのバランス) 受講済者(7名) (介護常勤者としての接遇マナーコース) 受講者(2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) 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) □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。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。)

ユニット名 (グループホームふぬいの里 B棟)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (6.13名) ・非常勤 (1 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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)(230)時間÷37.5時間=常勤換算数(6.13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 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 (碓山 タツ子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 グループホームふぬいの里A棟) 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 7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 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、GHでの健康管理・口腔ケア) (介護支援専門員現任研修専門課程・看護職員研修)
	計画作成担当者 氏名 (栗園 洋子)	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 (3年 9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 (介護支援専門員現任研修専門課程) (看護職員研修)
	その他介護職員 (6) 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 (2級ヘルパー) (5 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 (介護の基礎) 受講済者 (3 名) (管理栄養士指導) 受講済者 (6 名) (業務とケアのバランス) 受講済者 (6名) (介護常勤者としての接遇マナーコース) 受講者 (2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 checked="" 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 checked="" 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	医療法人 奎英会 むかいクリニック 奄美市笠利国民健康保険診療所 水間歯科医院 あかおぎ歯科
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。)	入居者の所在する市町村との連携は密にしている 運営及びサービス等の指導協力も得ている
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。) 市町村の担当者と密に連絡をとり、相談等に応じてもらっています
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。