

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28年5月12日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	9	0	0	1	3	5
※グループホーム名	グループホーム はやひと									
※事業主体名 (法人名)	社会福祉法人集仁会					※代表者名	有村周雄			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護状態であつて認知症の状態にあり、共同生活を営むことに支障のない者に対し、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生活を営むことができるよう援助する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-2504)		
	鹿児島県大口市青木 3023-14		
※連絡先	電話	0995(22)2333	FAX 0995(22)2025
交通の便 (最寄り交通機関等)			
開設年月日	平成11年11月1日	※ユニット数 と利用定員	(/) 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。)	介護老人福祉施設 こぼき園 デイサービスセンター はやひと ヘルパーステーション 秋津		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	地域外		
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型	<input checked="" type="checkbox"/> 併設型	
※建物構造	(鉄筋コンクリート陸屋根二階) 造り (2階建ての2階部分)		
※広 さ	敷地面積 (9,963.47) m ² 延床面積 (336.24) m ² 1室あたりの居室面積 (14.19) 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)	(15,000) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input 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 (1,380) 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	ガス、水、光熱費	事業所窓口での現金払い 銀行振込・口座引き落とし	10,000

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 () 名 女性 (9 名)]
	要介護1 (5 名) 要介護2 (3 名) 要介護3 (1 名) 要介護4 () 名 要介護5 () 名
	年齢 (平均 89.7 歳) [最低 (84 歳) 最高 (98 歳)]
※入居に当たつての条件	要介護認定により要介護1~5の状態であり認定されている者 主治医の診断書等により認知症の状態であり診断されている者 少人数による共同生活を営むことができる者
退居に当たつての条件	契約者が死亡した場合。 要介護認定により「要支援」または「自立」と判断された場合。 契約者が症状の変化により医療機関での入院治療が必要となった場合、 利用料の支払いが1ヶ月以上遅延し督促したのち14日以内に払われない場合。 契約者が契約終了を希望する7日前までに事務所にその旨を通知した場合。

(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	総数	(8) 名 (内訳) - 常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7.375 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) (40) 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 <u>こしがき園</u>) <input type="checkbox"/> 夜勤 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (<u>新川真由美</u>)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 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 checked="" type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9 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 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 (<u>ユニットリーダー研修</u>) ()
	計画作成担当者 氏名 (<u>工橋ひろみ</u>)	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 (11 年 3 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 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 (6) 名	資格 介護福祉士 (3) 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 () 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) 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	大口温泉リハビリテーション病院
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。)	生活支援ハウス運営事業 地域密着型サービス事業(通所介護予防) 大口市高齢者住宅等安心確保事業
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 (7 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 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。