

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成 18 年 1 月 20 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	3	0	0	6	5	8
※グループホーム名	グループホーム和音									
※事業主体名 (法人名)	医療法人昌成会					※代表者名		理事長 瀬口昌敏		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止と予防に資するように日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893 - 0067) 鹿児島県鹿屋市大浦町14169番17		
※連絡先	電話	0994 - 41 - 3777	FAX 0994 - 41 - 3777
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス (最寄バス停 大須)		
開設年月日	平成 15 年 2 月 20 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。)	なし		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	なし		
※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 (1 階建ての 1 階部分)		
※広さ	敷地面積(2659.0386)㎡	延床面積(481.6718)㎡	1室あたりの居室面積(7.8721)㎡
※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)	(23,000)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 (900)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	月末〆としサービス費用額と同額徴収	実費相当額
②おむつ代	〃	〃
③その他	レク材費	500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(7 名) 女性(11 名)] 要介護1(5 名) 要介護2(3 名) 要介護3(6 名) 要介護4(3 名) 要介護5(1 名) 年齢(平均 84 歳) [最低(71 歳) 最高(94 歳)]
※入居に当たっての条件	サービス提供を受けようとする利用者は他の利用者の迷惑にならないよう、職員の指示に従うこと。 外出外泊される場合は、職員に申し出て外出外泊許可願いを記入すること。 その他、施設内で決められた規則を遵守すること。
退去に当たっての条件	利用者が要介護認定において自立・要支援と認定された場合はサービスの提供を終了するものとする。 退居の際はその日までのサービス利用額の支払いを終了すること。 退居の際は居室等を入居した時の状態に戻すこと。

(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 (グループホーム和音Ⅰ)	総数	(10)名 (内訳)・常勤 (専任 2名) (兼務 1名) 常勤換算(7.5)名 ・非常勤 (7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 (松下容子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 グループホーム和音Ⅱ) 資格 (介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 認知症介護実務者研修 (基礎過程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (杉本奈緒美)	資格 (看護師・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 9 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎過程) <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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (0)名 看護師等(2 名) 介護支援専門員 (0)名 その他(1, 2級ヘルパー)6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 (基礎過程) 受講済者(0 名) [17年度以降]・認知症介護実践者研修 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)
(最掲) 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 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎過程) <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ついて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。

(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 (グループホーム和音Ⅱ)	総数	(12)名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 1名) 常勤換算(7.3)名 ・非常勤 (10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 (松下容子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 グループホーム和音Ⅰ) 資格 (介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎過程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (松下容子)	資格 (介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎過程) <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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (管理者研修) ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (0)名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 (1名) その他(ヘルパー1・2級) (6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 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済者(1 名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済者 (1 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 (徳永敦子) 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 (看護師等、介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 4 ヶ月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎過程) <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 () ()	

(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つ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	協力医療機関 医療法人 恒心会 小倉記念病院 医療法人 昌誠会 せぐち整形外科 協力歯科医療機関 瀬口歯科
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。)	市に対して開設後直ちに平成13年3月12日付け老計発第13号で示された様式例「痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目」に沿った項目の情報を提供すると共に、提出後変更があった場合はその都度情報の提供を行う。
入居者家族会などの有無	<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 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、介護保険法施工規則第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。