

# 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 17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	9	4	0	0	0	9	5
※グループホーム名	グループホーム ひだまり									
※事業主体名 (法人名)	有限会社ひだまり					※代表者名	名島 勝一			

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

住み慣れた地域で、その人の今までを大事にし、その人らしい日常生活を提供することで、痴呆の進行を遅らせ、精神的に安定した日々を過ごしてもらう。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒 891-9101 ) 大島郡和泊町国頭2959-1番地			
※連絡先	電 話	0997-92-2398	F A X	0997-92-2398
交通の便 (最寄り交通機関等)				
開設年月日	平成 13年 2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				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 鉄骨平屋 ) 造り (      階建ての      階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 779 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 259.93 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10.53 ) m <sup>2</sup>			
※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)	( 9, 000 ) 円
※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 ( 200 ) 円 昼 食 ( 260 ) 円 夕 食 ( 300 ) 円 おやつ ( 食費に含む ) 円 又は1日 ( ) 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	利用料請求時に合わせて	実費相当額
②おむつ代	〃	〃
③その他	医療費	〃

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名 ) [男性 ( 1 名 ) 女性 ( 8 名 )]
	要介護1 ( 0名 ) 要介護2 ( 2 名 ) 要介護3 ( 2名 ) 要介護4 ( 5名 ) 要介護5 ( 名 )
	年齢 (平均 85.66歳) [最低 (72歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たっての条件	痴呆の状態にあり要介護度が1以上で共同生活が可能の方
退居に当たっての条件	上記の対象者でなくなったとき

(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 ツ ト 名 ( )	総数	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 4. 8 名) ・非常勤 ( 2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)(144)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 type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤( 名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直( 1 名)
	※管理者 氏名 ( 名島 勝一 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格 ( 介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 12年 11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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 ( 身体拘束廃止推進研修 ) ( 介護支援専門員実務者研修 )
	計画作成担当者 氏名 ( 名島 勝一 )	資格 ( 介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 12年 11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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 ( 身体拘束廃止推進研修 ) ( 介護支援専門員実務者研修 )
	その他の職員	資格 介護福祉士 ( 1 ) 名 看護婦 ( 1 名) その他 ( 介護支援専門員 ) ( 1 名) 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) 受講済者 ( 名) (専門課程) 受講済者 ( 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 鹿児島県グループホーム職員研修会 ) 受講済者 ( 3 名) ( 痴呆性老人との関わり学セミナー ) 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 ( ) 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 (専門課程) <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。

(8) その他

※提携医療機関名	朝戸医院 、 前田歯科クリニック
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。)	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 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、都道府県知事に届け出るものとする。