

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 4 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	1	5	0	0	0	9	0
※グループホーム名	さくらのお家 よしだ									
※事業主体名 (法人名)	医療法人一桜会					※代表者名	吉留 五十二			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

本事業は認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄などの世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて可能な限り、自立して営む事が出来るような支援をすることを目的とします。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-1302) 鹿児島県 鹿児島市 東佐多町 269番2			
※連絡先	電 話	099-245-5500	FAX	099-245-5500
交通の便 (最寄り交通機関等)	東佐多浦 バス停留所 徒歩 5分			
開設年月日	平成15年9月1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	区域区分未設定都市計画区域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型			
※建物構造	(木造平屋) 造り (1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2161) m ² 延床面積 (523.34) m ² 1室あたりの居室面積 (9.07) m ²			
※二人部屋の有無	無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (日額)	(650) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<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 (1000) 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	本人負担	
②おむつ代	本人負担	
③その他	水道光熱費	日額 350円

(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 (7名) 要介護2 (4名) 要介護3 (3名) 要介護4 (2名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均 87.1歳) [最低 (75歳) 最高 (99歳)]
※入居に当たっての条件	本事業は認知症対応型共同生活介護であり、主治医の診断書等により認知症で、在宅における生活が困難な要介護者を対象に指定介護サービスを提供されるものです。但し、暴力的な行動があり、他の利用者に害を及ぼす行為のある方を除きます。
退居に当たっての条件	事業所の入居の必要性を判断し、介護度が要支援になったり、病気が悪化し、医療機関に入院した場合は一定の期間を持ちまして退居していただきます。《概ね1～2ヶ月》 法令の定めるところにより、退居の指示が出されているにもかかわらず、家庭の都合により退居に応じる事が出来ない場合は、退居を円滑に進める為の市町村介護保険課や他の事業所と退居についてのサービス担当者会議を開催いたします。

(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 (ゆ っ た り)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (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)()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 type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (山下 マチ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員・社会福祉士・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (17 年 4 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 (専門課程) <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 (山下 マチ子)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (17年4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 (専門課程) <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 (2) 名 看護婦 (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) (専門課程) 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 () 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 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。

(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 (の ん び り)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (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)()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 (山下 マチ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員・社会福祉士・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (17 年 4 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 (専門課程) <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 (辻 雅代)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5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 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (3) 名 看護婦 (名) その他 (1級・2級 ヘルパー) (4 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) (専門課程) 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 () 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 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	医療法人一桜会 吉留クリニック 医療法人碩済会 吉田温泉病院 西園歯科医院
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。)	必要に応じて随時連絡
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り
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。 平成17年、18年、麻見島市介護保険課より、巡遣され、受け入れていきます。 <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、都道府県知事に届け出るものとする。