

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16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	7	2	0	0	1	1	7
グループホーム名	グループホーム るーぴんのさと〈東串良〉									
事業主体名(法人名)	社会福祉法人 福 寿 会					代表者名		理事長 福留逸雄		

(2) 事業の目的及び運営の方針

指定痴呆対応型共同生活介護「グループホームるーぴんのさと〈東串良〉」の事業は、痴呆症状を有する要介護利用者が、共同生活住居においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、家庭環境の中で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の維持並びに利用者家族の精神的身体的負担の軽減を図る。
又、利用者の意志及び人権を尊重すると共に、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒893-1612) 鹿児島県肝属郡東串良町池之原2087番地1		
連絡先	電 話	0994-63-0737	F A X
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通池之原バス停より徒歩10分		
開設年月日	平成15年 4月25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。)	無し		

(4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	無し
建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建物構造	(鉄骨) 造り (2階建ての 1階部分)
広 さ	敷地面積 (3169.93) m ² 延床面積 (447.10) m ² 1室あたりの居室面積 (12.68) 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)	(1, 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 checked="" type="checkbox"/> 無
食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (780) 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	別添運営規程の通り	
②おむつ代	無し	
③その他	別添運営規程の通り	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 (2名) 女性 (7名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (3名) 要介護3 (2名) 要介護4 (2名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 89歳) [最低 (79歳) 最高 (98歳)]
入居に当たっての条件	別添運営規程に定める。
退居に当たっての条件	別添運営規程に定める

(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 ()	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算 (7名) ・非常勤 (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)(266)時間÷40時間=常勤換算数(6.65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 (福留 まり子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名ルーピンの里) 資格(社会福祉主事) 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 ・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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (福留 愛麗)	資格(社会福祉主事・介護福祉士) 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 ・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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (4) 名 看護婦 (名) その他 (栄養士・調理師) (2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 () 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 () 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	坂元内科クリニック 吉留歯科医院 介護老人保健施設 サンセリテのがた
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。