

## 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 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	0	0	0	1	2	7
※グループホーム名	グループホーム がじゅまる									
※事業主体名(法人名)	有限会社 孝 誠					※代表者名		早川 百合枝		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

[事業の目的]	
・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、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、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ことができるよう支援することを目的とする。	
[運営の方針]	
・本事業所において提供する認知症介護共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。	
2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。	
3 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。	
4 利用者の精神的な安定、行動障害の減少、認知症の進行の緩和が図られるよう共に生活するとともに、適切な介護技術を持ってサービスを提供する。	
5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行なう。	

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒891-6143)		
	鹿児島県大島郡喜界町大字志戸桶4545番地		
※連絡先	電 話	0997-55-5077	F A X 0997-55-5077
交通の便 (最寄り交通機関等)	志戸桶東部バス停より徒歩5分		
開設年月日	平成15年 7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	■単独型 □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 ( 799.97 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 238.49 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.15 ) m <sup>2</sup>
※二人部屋の有無	□有 ■無

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	( 10,000 ) 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 ( ) 円 昼食 ( ) 円 夕食 ( ) 円 おやつ ( ) 円 又は1日 ( 800 ) 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	立替えの場合、月ごとに請求	実費相当分	
②おむつ代	立替えの場合、月ごとに請求	実費相当分	
③その他	水道光熱費	月ごとに請求	1日200円
	病院受診料	立替えの場合、月ごとに請求	実費相当分
	日常生活用品	月ごとに請求 (立替の場合含む)	実費相当分

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9名) [男性 ( 3名) 女性 ( 6名)]
	要介護1 ( 6名) 要介護2 ( 2名) 要介護3 ( 1名) 要介護4 ( 名) 要介護5 ( 名)
	年齢 (平均 86歳) [最低 ( 73歳) 最高 ( 94歳)]
※入居に当たっての条件	・要介護者であって医師の診断書等により認知症の状態であり、次の各号を満たす者とする。 ①少人数による共同生活を営むことに支障がないこと ②自傷他害のおそれがないこと ③常時医療機関において治療をする必要がないこと
退居に当たっての条件	1. 利用者・身元引受人は当事業所に対し、いつでも1週間の予告期間において退去の意思表示をすることにより退居することができます。 2. 当事業所は、入居後利用者の状態が変化し、入居に当たっての条件に該当しなくなった場合は、退居してもらう場合がある。また、退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。

(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 （ グ ル ー プ ホ ー ム が じ ゆ ま る ）	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 4.2 名) ・非常勤 ( 4 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) ( 672 ) 時間 ÷ 40 時間 = 常勤換算数 ( 4.2 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	■専任 □兼務 (兼務の施設 ) ■夜勤 ( 1 名 ) □宿直 ( 名 )
	※管理者 氏名 (早川 百合枝)	■専任 □兼務 (兼務の施設名 ) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 11 年 8 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) ■受講済 □未受講 [17 年度以降]・グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ※↑16 年度の専門課程受講済 ( 介護支援専門員現任研修 ) ( 県 GH 協会管理者研修 )
	計画作成担当者 氏名 (早川 百合枝)	資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 11 年 8 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) ■受講済 □未受講 [17 年度以降]・認知症介護 実践者研修 ■受講済 □未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ※↑16 年度の専門課程受講済 ( 介護支援専門員現任研修 ) ( 県 GH 協会職員研修 )
	その他の職員	資格 介護福祉士 ( ) 名 看護師等 ( 名 ) 介護支援専門員 ( ) 名 その他 ( 1 級ヘルパー ) ( 1 名 ) ( 2 級ヘルパー ) ( 7 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 ) [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 ( 身体拘束廃止推進研修 ) 受講済者 ( 5 名 ) ( 痴呆ケア国際シンポジウム ) 受講済者 ( 2 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 年 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) □受講済 □未受講 [17 年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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	喜界町国民健康保険診療所 医療法人 中澤医院 林歯科医院
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。)	・ 必要に応じ町との連絡を取り合って運営面等の指導もいただく (運営推進会議設置準備中) ・ 介護教室の講師及び見学先受入 ・ 高齢者学級講師
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 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。  市町村の担当者及び地域包括支援センターと連絡を取り、相談に応じてもらっています。          <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。