

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 7 月 18 日現在)

(1) 事業主体の概要

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------|---|---|---|---|-------|---|-------|---|---|
| 介護保険事業所番号 | 4 | 6 | 7 | 0 | 9 | 0 | 0 | 2 | 6 | 7 |
| ※グループホーム名 | さつま苑 | | | | | | | | | |
| ※事業主体名(法人名) | 有限会社 さつま福祉会 | | | | | ※代表者名 | | 左近充 諭 | | |

(2) ※事業の目的及び運営の方針

有限会社 さつま福祉会が開設する指定高齢者グループホーム さつま苑が行う指定認知症対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者や従業員が、要介護状態であって認知症の状態にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。(運営の目的)

事業所の介護従業者は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。事業の実施にあたっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携に努める。(運営の方針)

(3) 組織の概要

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------|
| ※所在地 | (〒895-2442) 鹿児島県大口市針持 1235-8 | | | |
| ※連絡先 | 電 話 | 0995 (25) 2000 | F A X | 0995 (25) 1166 |
| 交通の便 (最寄り交通機関等) | 南国交通宮之城線 | | | |
| 開設年月日 | 平成 15 年 12 月 17 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 | 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 (階建ての 階部分) | | |
| ※広 さ | 敷地面積 (1423.42) m ² 延床面積 (239.16) m ² 1室あたりの居室面積 (10.83) 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） | （ 20.000 ）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（ 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 | 利用者負担が適当と思われるものについては実費相当額を負担。 | |
| ②おむつ代 | 同 | |
| ③その他 | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(6) 入居者の概要

| | |
|-------------|--|
| 現在の入居者の状態 | 入居人数（ 18名 ） [男性（ 4名 ） 女性（ 14名）] |
| | 要介護1（ 7名 ） 要介護2（ 1名 ） 要介護3（ 9名 ） 要介護4（ 1名 ） 要介護5（ 名 ） |
| | 年齢（平均 83歳） [最低（ 71歳 ） 最高（ 95歳）] |
| ※入居に当たっての条件 | ◎要介護者であって認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方。 ◎主治医の診断書等により認知症の状態にあることが確認できること。 |
| 退居に当たっての条件 | ◎医師等の判断により入院治療を必要とする場合。 ◎入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合。 |

(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 (A 棟) | 総数 | (9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (3 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)(336)時間÷40時間=常勤換算数(8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 (藤川 千代子) | <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(10 年 7 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <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 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 () () |
| | 計画作成担当者 氏名 (鳴海 法子) | 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(3 年 10 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <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 () () |
| | その他介護職員 (4) 名 | 資格 介護福祉士(1) 名 看護師等(名) 介護支援専門員(名) その他 (ホームヘルパー2級)(3 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 () 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(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 月 日) 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 [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。

(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 (B 棟) | 総数 | (9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (3 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)(327)時間÷40時間=常勤換算数(8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 (藤川 千代子) | <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(10 年 7 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <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 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 () () |
| | 計画作成担当者 氏名 (藤川 千代子) | 資格(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(10 年 7 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <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 () () |
| | その他介護職員 (4) 名 | 資格 介護福祉士(1) 名 看護師等(名) 介護支援専門員(名) その他 (ホームヘルパー2級)(3 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 () 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(<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 月 日) 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 [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 | 寺田医院 下田医院 たけ歯科 |
| 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。) | |
| 入居者家族会等の有無 | <input 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～ 18 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 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。