

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 12日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	3	0	0	7	3	2
※グループホーム名	グループホーム湧水の里									
※事業主体名(法人名)	有限会社祓川養魚場					※代表者名		奥村 勇		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>要介護者であって痴呆の状態にあるものについて共同生活住居において家庭的な生活環境の下で入浴、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、自立した日常生活を営むことができるようにする。そのために入居者の過去の生活暦を理解し、明るく豊かな心と心のふれあいを大切にし、気持ちのこもった取り組みをすべての面で行っていく。また、地域住民や他の施設等とも連携をし、地域一体となった施設運営をしていく。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-0026) 鹿児島県鹿屋市祓川町5250-8			
※連絡先	電 話	0994-43-2514	F A X	0994-43-2781
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス大園停留所より徒歩5分			
開設年月日	平成15年9月24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	無指定地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2018) m ² 延床面積 (498,989) m ² 1室あたりの居室面積 (18室中 17室 9,67m ² 、1室 10,92m 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)	(19,500) 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 type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 (150) 円 昼食 (250) 円 夕食 (300) 円 おやつ (100) 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	家族からの預り金より支払う	実費負担	
②おむつ代	家族からの預り金より支払う	実費負担	
③その他	病院受診代	家族からの預り金より支払う	実費負担
	水道光熱費	翌月に現金又は口座振込みによる支払い	実費負担

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18) 名 [男性 (3名) 女性 (15名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (9名) 要介護3 (3名) 要介護4 (4名) 要介護5 () 名
	年齢 (平均 86,1 歳) [最低 (77 歳) 最高 (96 歳)]
※入居に当たっての条件	痴呆の状態にあり、かつ要介護1以上の被認定者であること。 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 自傷他害の恐れがないこと。 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	要介護の認定更新において入居者が自立もしくは要支援1と認定された場合。 利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上延滞した場合。 入居申し込み時、あるいは契約締結時に虚偽があった場合。 入居者が3ヶ月以上の入院が明らかになった場合もしくは寝たきり状態になるなどの理由により共同生活の継続が困難になった場合。

(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)	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (8, 08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) ()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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (中留 江里子)	<input 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16 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 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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (口腔ケア研修会) (介護サービスシンポジウム)
	計画作成担当者 氏名 ()	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) 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 [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 () ()
	その他介護職員 (9) 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) (2 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 (介護実践研修セミナー) 受講済者 (2 名) (認知症介護学習会) 受講済者 (4 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) 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 [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)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (6, 78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) ()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 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (中留 江里子)	<input 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16 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 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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (口腔ケア研修会) (介護サービスシンポジウム)
	計画作成担当者 氏名 (西牧 純子)	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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16 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 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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護実践研修セミナー) (職員研修会)
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー1級2級) (各 1 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 (認知症介護学習会) 受講済者 (3 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) 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 [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	池田病院 井ノ上病院 園田クリニック
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。)	市町村が行う調査等については施設見学や利用者に関する心身等の情報提供を行う。また、施設の自己評価をし市町村に報告する。
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (年2回) <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (8 時～20 時) <input 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。) サービス提供者であるグループホーム職員や入居者及び家族からの相談についても応じてもらえるように、常に受け入れ体制を整えている。
	<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。