

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 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	5	0	0	1	2	8
※グループホーム名	グループホーム陵幸園こころ									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 陵幸会					※代表者名 長 崎 潮				

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的) 社会福祉法人陵幸会が開設する指定認知症対応型共同生活介護事業所「グループホーム陵幸園こころ」(以下「事業所」という。)が行う認知症対応型共同生活事業(以下「事業」という。)の適切な運営を確保するため、事業所の介護職員が、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、適正な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

(運営方針) 事業は要介護者であって認知症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援助を行うものとする。

事業の運営に当っては、地域との結びつきを重視し、関係市町村及び他の居宅サービス事業者、その他の保健医療、福祉サービスを提供する事業者等と密接な連携に努めるものとする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893-1103) 鹿児島県肝属郡吾平町麓3811番地2		
※連絡先	電話	0994-58-5055	FAX 0994-58-5056
交通の便 (最寄の交通機関等)	鹿児島交通 吾平バス停下車 徒歩15分		
開設年月日	平成16年 5月 7日 平成17年 4月 1日(増設)	※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内		
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造平屋) 造り (2棟)		
※広 さ	敷地面積 (1840.88) m ² 延床面積 1棟(223.587) m ² 2棟(333.49) m ² 1室あたりの居室面積 (9) 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)		(管理費として1日700円徴収)	
※保証金の有無(入居一時金)		<input type="checkbox"/> 有 () 円 ■ 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(200)円 昼 食(280)円 夕 食(300)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		月利用料と同時徴収	実費相当額
②おむつ代		家族の持ち込み	実費相当額
③ そ の 他	診療費	月利用料と同時徴収	医療機関に要した費用
	特別な食事		

(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 (3 名) 要介護2 (11 名) 要介護3 (4 名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 85.5 歳)最低 (74 歳) 最高 (97 歳)
※入居にあたっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護1～5と認定された、介護を要する痴呆性高齢者 ・ 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 ・ 重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること
退居にあたっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が「自立」又は「支援」と認定された時 ・ 利用者の死亡 ・ 利用者が医学的治療を要する状態になり、医療機関の受入れ先が決まった場合 ・ 都合により、グループホームを長期に離れる場合

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。）

ユニット名
（グループホーム
陵幸園
こころ
2

総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 0 名) 常勤換算(8 名) ・非常勤 () 名 ・職員の勤務時間を1週間当り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) (320)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	■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設名) ■ 夜勤 (1 名) □ 宿直 () 名
※管理者 氏名 (新福 由美)	■ 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(社会福祉主事) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (19 年 4 ヶ月) 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) ■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 () ()
計画作成担当者 氏名 (末吉けい子)	資格(□看護師等, ■介護福祉士, □介護支援専門員, □その他() 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (18 年 3 ヶ月) 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) ■受講済 □未受講 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 □受講済 ■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) 看護師(1 名) その他(ホームヘルパー2級 2名、1級 1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 (1 名) 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 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は記入すること	資格() 痴呆性高齢者のケアの経験年数() 年 () ヶ月) 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) □受講済 □未受講 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 □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事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 (グ ル ー プ ホ ー ム 陵 幸 園 こ こ ろ 1)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算(8 名) ・非常勤 (名) ・職員の勤務時間を1週間当り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) (320)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	■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設名) ■ 夜勤 (1 名) □ 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (新福 由美)	■ 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(社会福祉主事) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (19 年 4 ヶ月) 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) ■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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (渡口 祐子)	資格(□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員, □その他() 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (13 年 8 ヶ月) 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) ■受講済 □未受講 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 □受講済 ■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) 看護師(1 名) その他(ホームヘルパー 2級 (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) 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 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は記入すること	資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員, □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 ヶ月) 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) □受講済 □未受講 【17年度以降】・認知症介護 実務者研修 □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事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	長崎内科 小浜歯科
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 下さい。)	
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (7 時 ~ 21 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 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。