

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	0	8	0	0	2	6	9
※グループホーム名	グループホーム美楽居									
※事業主体名(法人名)	医療法人 吉祥会					※代表者名		吉井 八郎		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	医療法人吉祥会が開設するグループホーム美楽居が行う認知症対応型共同生活介護事業の健全な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護者等に対し、適切な事業を提供する事を目的とする。
(運営方針)	指定認知症対応型共同生活介護は、要支援2、要介護状態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およ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出来るように必要な援助を適切に行う。
(経営理念)	個人の意向を十分に尊重し尊厳ある日常生活の保持を目指すため良質なサービスを提供します。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 -) 鹿児島県出水市平和町347			
※連絡先	電 話	63-8000	FAX	63-3161
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 出水駅			
開設年月日	平成 14 年 5 月 20 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。)	吉井中央病院 老人保健施設 ニューライフいずみ			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	都市計画地域、用途地域外			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造防火サイディング) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (7 2 8 2 . 1 7) m ² 延床面積 (6 9 9 . 1) m ² 1室あたりの居室面積 (1 3 . 5) m ²			
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (二人部屋対応可能) <input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	15000円	(一日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 ()円	昼食 ()円
	夕食 ()円	おやつ ()円
	又は1日 (1000)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	その都度、本人もしくは家族が支払い	実費
②おむつ代	同上	実費
③その他	水光熱費	家賃と一緒に徴収
	診察にかかる費用	その都度、本人もしくは家族が支払い
	その他個人で必要な物品の購入	同上
		一日100円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (2 名) 女性 (16 名)]
	要介護1 (3名) 要介護2 (6名) 要介護3 (6名) 要介護4 (3名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 87.6歳) [最低 (82 歳) 最高 (95歳)]
※入居に当たっての条件	要支援2及び要介護認定を受けた者で認知症があり次のいずれも該当する者。 1 家庭環境により家庭での介護が困難なもの。 2 共同生活を送るのに支障が無いもの。
退居に当たっての条件	1 自立、もしくは要支援1と認定された時。 2 入居者が死亡した時。 3 入居者が病気等によって長期に医療機関等に入院した時 (ただし入居者もしくは代理人と事業者の間で居室確保等に合意した場合を除く)

(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 （ 如 月 館 ）	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 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)()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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (吉井 治美)	□専任 ■兼務(兼務の施設名ニューライフいずみ) 資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他医師) 認知症高齢者のケアの経験年数(14 年 10 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (藤原優子)	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(4年 5 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 () ()
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士(2)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2級 1名 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 () 受講済者(名) () 受講済者(名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (小山 裕子) 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, 資格■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 2 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 () ()	

(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	吉井中央病院 ニューライフいずみ 福留歯科
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 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。)
	<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。