

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05月01日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4674000130		
※グループホーム名	グループホームつる		
※事業主体名(法人名)	(医) 杏政会	※代表者名	高江 政伸

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者であって認知症の状態にある者に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し、共同生活住居において利用者が自立した日常生活を営むことができるよう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の生活上の世話及び機能訓練を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-2101) 鹿児島県薩摩郡さつま町鶴田2693番地
※連絡先	TEL 0996-59-2000 FAX 0996-59-2945
交通の便 (最寄の交通機関)	
開設年月日	平成13年03月27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 があれば記入して下さい。)	鶴田中央病院 ○通所リハビリ

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄骨・鉄筋)造り(2階建ての1階部分)
※広さ	敷地面積(222.02)㎡ 延床面積(198.72)㎡ 1室あたりの居室面積(7.54)㎡
※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）（30日）	（36,000）円		
保証金の有無（入居一時金）	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食（180）円	昼食（300）円	夕食（300）円
		おやつ（ ）円	又は1日（ ）円
※その他の費用と徴収方法			
各	名	徴収方法	金額（円）
①	理美容代	出張理容店へ直接本人払い	実費
②	おむつ代	月末締め翌月10日請求	〃
③ その他			

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	<p>入居人数（8）名 [男性（ 1名） 女性（ 7名）] 要介護1（ 0名 ） 要介護2（ 5名 ） 要介護3（ 2名 ） 要介護4（ 1名 ） 要介護5（ 0名 ） 年齢（平均88歳） [最低（ 82歳） 最高（ 95歳）]</p>
※入居に当たった条件	主治医の診断書等に基づき認知症老人と確認し、かつ要介護状態と認定された者。
退居に当たった条件	利用者及び扶養者が当ホームに対して退居の意思表示をすることにより、入居利用を解除、終了することができる。

(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 義	総 数	(8)名 (内 訳)・常 勤 (専任 4名)(兼務 名)常勤換算(6.0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)()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 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 (佐々木 照子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格() 認知症高齢者のケアの経験年数(13年 00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(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ (専門課程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (瀬戸口 みどり)	資格(介護支援専門員、准看護師、訪問介護員一級) 認知症高齢者のケアの経験年数(5年 00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(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ (専門課程) <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 (認知症介護実践研修) ()
	その他の職員	資格・介護福祉士(名)・准看護師(名)・その他(介護職員)(6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(基礎過程)受講済者()名 ・ (専門課程)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 合に入ること	資格() 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(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ (専門課程) <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 () 受講済者()名 () 受講済者()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管理者に次いで有する者を定めている場合に、その旨を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。

(8) その他

<p>※提携医療機関名</p>	<p>鶴田中央病院 たきかわ歯科医院</p>
<p>市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業者名等具体的に記入して下さい。)</p>	<p>町福祉担当者 社会福祉施設 在宅介護支援センター</p>
<p>入居者家族会等の有無</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>
<p>家族の面会時間の設定の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>
<p>介護相談員(注)等の受入状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 有(具体的に記入して下さい。)</p> <hr/> <p><input checked="" type="checkbox"/> 無</p>

(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号厚生労働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号に該当する項目であることから、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。