

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28年7月 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	8	0	0	0	1	9	3
※グループホーム名	グループホーム寿の家									
※事業主体名(法人名)	有限会社 徳寿苑					※代表者名		徳永 憲次		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>有限会社徳寿苑が開設するグループホーム寿の家(以下〔事業所〕という)が行う。 痴呆対応型共同生活介護事業の運営を確保する為、人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の痴呆対応型共同生活介護従業員が要介護に対し適切な痴呆対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする</p> <p>1. 尊敬ある暮らし 2. 生活の質の向上 3. 痴呆の状態の改善、進行の予防 4. 家族の負担の軽減</p> <p>家庭的の雰囲気の中に擬似家族をつくり自立支援をしながら利用者個々の個性を引き出すケアプランを作成し、日常生活の中で、食事、入浴、排泄などの生活支援をしながら、痴呆の進行を防ぎ、指定痴呆対応型共同生活介護利用者の、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に必要な援助を妥当適切に行う。また、利用者の苦情、事故に対しては適切かつ必要に応じて、対処する運営を行います。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891 - 3604) 鹿児島県熊毛郡中種子町牧川1680-1			
※連絡先	電話	0997-24-8080	FAX	0997-27-7350
交通の便 (最寄り交通機関等)	種子島交通 大和交通 草之記バス停から徒歩5分			
開設年月日	平成16年 4 月 1 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 ビスがあればご記入下 さい。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	宅地			
※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 (1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (3000.51) m ² 延床面積 (278.45) m ² 1室あたりの居室面積 (11.33) 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)	(15,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 () 円 ■無	
	有の場合償却の有無	□有 (期間:) 円 ■無
※食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ (60) 円 又は1日 (1140) 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	直接窓口払い	実費相当分
②おむつ代	直接窓口払い	実費相当分
③ そ の 他	おやつ代	
	電気・光熱費	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (2 名) 女性 (7 名)]
	要介護1 (名) 要介護2 (1名) 要介護3 (1名) 要介護4 (4名) 要介護5 (3名)
	年齢(平均 83 歳) 最低(77 歳) 最高(77 歳)
※入居に当たっての条件	
退居に当たっての条件	

(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。)

総数 () 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 () 名) 常勤換算 () 名 ・非常勤 (1 1 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 () 名) ■夜勤 (1 名) □宿直 () 名
※管理者 氏名 (徳永郁子)	□専任 □兼務 (兼務の施設名 () 名) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 () 名) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (1 8 年 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) ■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 (徳永郁子)	資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他 () 名) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (1 8 年 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) ■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 () 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) (1 1 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他 () 名) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 () 年 か月) 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	多愛病院 日高歯科
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 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 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。