

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 4 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	7	7	0	0	1	1	6
※グループホーム名	高齢者グループホーム ゆうとみい									
※事業主体名(法人名)	アール・エイチカンパニー(有)					※代表者名	笠毛 留美子			

(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。

1. 本事業所において提供する共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
2. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に介護計画を作成することにより、利用者が安心して「普通の暮らし」を送れる家庭的な生活環境を提供する。
3. 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について、分かり易く説明する。
4. 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
5. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-2504) 鹿児島県肝属郡南大隅町根占山本2547-1			
※連絡先	電 話	0994-28-1755	FAX	0994-28-1765
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 馬場川バス停 500m			
開設年月日	平成16年2月6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			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨造り一部二階建て) 造り (2 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1422.51) m ² 延床面積 (472.3) m ² 1室あたりの居室面積 (8.4 ~ 9.5) 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)		(25,500程度1日に付き850円 管理費含む) 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 (800) 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		提供時に現金払い 外部より出張のため	実費
②おむつ代		提供時に現金払い	実費
③ そ の 他	光熱費	利用料と一緒に徴収	350円

(6) 入居者の概要


現在の入居者の状態	入居人数 (16 名) [男性 (2名) 女性 (14名)]
	要介護1 (8名) 要介護2 (1名) 要介護3 (6名) 要介護4 (0名) 要介護5 (0名) 要支援2 (1名)
	年齢 (平均84.6歳) [最低 (68歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たっての条件	要支援2以上の認定者で、共同生活を営むことの出来る方
退居に当たっての条件	要介護認定の更新で非該当若しくは要支援と認定された場合 病院等に入院し明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合 又は2ヶ月を経過しても退院できない場合 正当な理由なく利用料金が2ヶ月以上遅滞し支払われない場合 他の介護保険施設等へ入所・入院した場合 死亡若しくは被保険者資格を喪失した場合

(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。)

総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 2 名) 常勤換算 (7. 6 名) ・非常勤 (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 (5.2 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)
ユ ニ ツ ト 名 (※管理者 氏名 (笠毛 留美子)	■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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10 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) ■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 () ()
ゆ う 計画作成担当者 氏名 (笠毛 留美子)	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 (10 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) ■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 (6) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (5 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 (1 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) 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) □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。

(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。)

<p>総数</p>	<p>(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 2 名) 常勤換算 (6. 6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 (5.2 名) (注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。</p>	
<p>夜間の体制</p>	<p>■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (名)</p>	
<p>ユ ニ ツ ト 名 (</p>	<p>※管理者 氏名 (笠毛 留美子)</p>	<p>■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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10 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) ■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 () ()</p>
<p>み い</p>	<p>計画作成担当者 氏名 </p>	<p>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 (12 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) ■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 () ()</p>
<p>)</p>	<p>その他介護職員 (6) 名</p>	<p>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 (ヘルパー2級) (4 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 (1 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)</p>
<p>)</p>	<p>(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</p>	<p>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 (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) □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 () ()</p>

(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	じょうさいクリニック 肝属郡医師会立病院 坂元歯科医院
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。