

## 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 6 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	6	3	0	0	1	4	0
※グループホーム名	グループホーム むくもりの里									
※事業主体名 (法人名)	有限会社 澤津ケアサービス					※代表者名		澤津ノブ子		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

《目的》 適切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、個々に合った介護計画に基づいた適切なケアを提供することにより、要介護状態の軽減、若しくは進行の防止を図ることを目的とする。
《運営方針》 <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう心身の状況を理解し、適切なケアを提供する。</li> <li>残存機能を生かし、家庭的な環境の下で日常生活ができるよう留意する。</li> <li>介護計画に基づき、個々の利用者に応じたケアを提供する。</li> <li>スタッフはパートナーとしての介護を提供する。</li> <li>利用者、家族に対しサービスの提供方法等について理解していただくために説明を行う。</li> <li>介護の提供に当たり、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急止むを得ない場合を除き、身体的拘束その他行動を制限する行為は行わない。</li> <li>介護従事者は、自ら提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> </ul>

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒899-8103) 鹿児島県曾於市大隅町中之内6078-9		
※連絡先	0994-71-2802	F A X	0994-71-2803
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 笠木小学校前下車・徒歩 3分		
開設年月日	平成16年10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	都市計画区域外
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	( 木造平屋建 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分)
※広 さ	敷地面積 ( 1755.8 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 573.75 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.93 ) m <sup>2</sup>
※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 (日額)	( 1000 ) 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 (900 ) 円		
※その他の費用と徴収方法			
名 目	徴 収 方 法	金 額 (円)	
①水道光熱費	請求書を渡し月まとめて徴収	日額 300 円	
②おむつ代・理美容代	請求書を渡しそのつど徴収	実 費	
③その他	日用品等	請求書を渡しそのつど徴収	実 費

## (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 ( 2名) 要介護2 ( 5名) 要介護3 ( 6名) 要介護4 ( 4名) 要介護5 ( 1名)
	年齢 (平均 86,4 歳) [最低 ( 73 歳) 最高 ( 93 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定を受けた方で認知症の状態にあり、自宅での生活が困難と認められる方。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が自立又は要支援若しくは自立と認定された場合</li> <li>・ 利用者が死亡した場合</li> <li>・ 利用者が病気の治療その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった時</li> <li>・ はなはだしい挙動や言動によりグループ生活に支障をきたす場合</li> </ul>

(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  ぬ く も り の 里 つ つ じ 棟  )	総数	( 1 2 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 9.4 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 (澤津ノブ子 )	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ぬくもりの里 計画作成担当者) 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 精神衛生相談員 ヘルパー1級) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 1 1 年 6 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 ) (身体拘束廃止推進研修 )
	計画作成担当者 氏名	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ぬくもりの里 管理者) 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 精神衛生相談員 ヘルパー1級 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 1 1 年 6 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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 ) (身体拘束廃止推進研修 )
	その他介護職員 ( 1 0 ) 名	資格 介護福祉士 ( 2 ) 名 看護師等 ( 1 名) 介護支援専門員 ( 1 ) 名 その他 ( ヘルパー1級1名 ヘルパー2級5名 社 会福祉士1名 行政書士1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 (福祉サービスに関する相談苦情解決事業研修) 受講済者 ( 2 名) (身体拘束廃止推進研修 ) 受講済者 ( 1 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 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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 ( ) ( )	

(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。



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	医療法人愛誠会 昭南病院 井上歯科医院
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。