

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 12 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	1	0	5	1	0	7
※グループホーム名	グループホーム敬史館									
※事業主体名（法人名）	医療法人碩済会					※代表者名		木本恵子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症状態にある方々が、可能な限り自立した生活が営むことができるように家庭的な雰囲気、環境の中で利用者の個々残存能力を引き出し、安心、安全、尊厳のある生活を支援する事を目的とし、認知症の方々が心身の安定、生活意欲の向上を図り家庭の絆を大切にし、地域で安心して暮らせるようなサービス提供を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-1304)			
	鹿児島県鹿児島市本名町494番地			
※連絡先	電 話	099-294-1717	F A X	099-294-1030
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 仁風学園バス停まで徒歩5分			
開設年月日	平成 18年 4月 1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。)	吉田温泉病院 介護老人保健施設吉田ナーシングホーム			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	都市計画区域 市街化区域		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(軽量鉄骨平屋) 造り (1階建ての 1階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1, 728.67) m ² 延床面積 (599.25) m ² 1室あたりの居室面積 (10.8) 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)		(30,000) 円※税込み金額	
※保証金の有無 (入居時一時金)		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 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 (1,000) 円 ※税込み金額	
※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		基本的には、今まで利用していた理美容院を利用できます。また、要望に応じて出張にてサービスも利用できます。 ※直接窓口払い、口座振込	理美容サービス実費 1回1000円～2000円程度 ※税込み金額
②おむつ代		持参でも構いません。その他、必要に応じて相談に応じます。 ※直接窓口払い、口座振込	実費相当額
③その他	水道光熱費	電気、水道、ガス等の使用料金となります。 ※直接窓口払い、口座振込	500日/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (4 名) 女性 (14 名)]
	要介護1 (4 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (7 名) 要介護4 (3 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均86歳) [最低 (74歳) 最高 (100歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症状があり、少人数による共同生活を営むことに支障のない方。認知症状態の確認は、主治医の診断書にて行う。 重度の認知症状であっても環境や職員に対応によって症状が改善され得る人と思われる方。
退居に当たっての条件	入居後、利用者の全身的状态変化、入居に当たって条件に該当しなくなった場合は、退居してもらう場合があります。

(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。)

ユニット名 () なでしこ	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算 (1名) ・非常勤 (0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 (0名)
	※管理者 氏名 (藤田 勉)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格 (社会福祉主事任用資格、 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 4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 (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 (全国老健大会、認知症予防とリハビリテーションの視点から)
	計画作成担当者 氏名 (神脇ミツ子)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (6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 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(第1回認知症グループホーム研修会)(ICF活かした認知症ケア)
その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護婦 (0名) その他 (ヘルパー1・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 (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 (日本通所ケア研究大会(認知症) 受講済者 (1 名) (第1回認知症グループホーム研修会)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 () 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 (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 () ()	

(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省略できる。

(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 (な で し こ)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 1名) 常勤換算 (1名) ・非常勤 (0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 (0名)
	※管理者 氏名 (藤田 勉)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格 (社会福祉主事任用資格、 介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 4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 (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 (全国老健大会、認知症予防とリハビリテーションの視点から)
	計画作成担当者 氏名 (伊作 澄子)	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (17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 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(第1回認知症グループ ホーム研修会)(ICF活かした認知症ケア)
	その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護婦 (1名) 兼務 その他 (ヘルパー1・2級) (2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) (専門課程) 受講済者 (1名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (日本ケアマネジメント学会) 受講済者 (1 名) (全国認知症グループホーム大会) 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 () 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 (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 () ()	

(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省略できる。

(8) その他

※提携医療機関名	吉田温泉病院 利用者の希望の通院、診察、急変等に関して全面的に協力する契約をしております。 大田歯科医院 利用者の希望の歯科治療、定期的な口腔ケアチェック、急な歯痛に関して全面的な協力の契約をしております。
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 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) 来所依頼があった場合は、常時受入れが可能です。
	<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、都道府県知事に届け出るものとする。