

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19年2月28日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	4	8	0	0	1	1	7
*グループホーム名	グループホーム いこい									
*事業所主体名(法人名)	有限会社 ファースト・ケア					*代表者名		宇田 稔		

(2) *事業の目的及び運営の方針

(事業所の目的)

入所者に対して、日常生活における援助等をおこなうことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ安定した生活を支援することを目的としています。私たちスタッフは、入居者がこの尊厳と生活の質を保ちながら穏やかな老後を送ることができ、御家族の方も安心して日常生活を送っていただけるようサービス提供に努めてまいります。

(基本方針)

1. 思いやりの心
2. 利用者に合わせて介護
3. 職員としての自覚
4. 地域との密着

(3) 組織の概要

*所在地	(〒899-0401) 鹿児島県出水市高尾野町大久保1432番地			
*連絡先	電話	0996-82-5537	FAX	0996-82-5538
交通の便 (最寄の交通機関)	オレンジ鉄道では高尾野駅から来るまで10分以内。 南国交通(バス)では「上り立」バス停から徒歩5分以内。			
開設年月日	平成13年9月7日		*ユニット数と 利用定員	(1)ユニット 利用定員(9)人
*グループホーム併 施設設	指定認知症対応型通所介護			

(4) 建物の概要

*都市計画法上の用途地域	都市計画区域以外	
*建物形態	単独型	
*建物構造	(木造)造り (1 階建ての 1 階部分)	
*広さ	敷地面積(2128.87)m ² 延床面積(487.92)m ² 1室あたりの居室面積(10.39)m ²	
*二人部屋の有無	有 無	

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(10500) 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 checked="" type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1000) 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	現金及び銀行振込み	実費	
②おむつ代	"	実費	
③その他	光熱水費	"	6000円
	医師による往診	"	実費
	その他個人で必要 な物品等の購入費用	"	実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (1 名) 女性 (8 名)] 要介護1 (3 名) 要介護2 (3 名) 要介護3 (1 名) 要介護4 (2 名) 要介護5 (0 名) 年齢 (平均 84 歳) [最低 (67 歳) 最高 (92 歳)]
※入居に当たっての条件	要支援2、要介護1以上の被認定者で、かつ認知症の状態にある事 ○人数による共同生活を営むことに支障が無い事 ○自傷他害の恐れがないこと ○常時医療機関において治療を必要がないこと
退居に当たっての条件	○本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載の事業者の運営方針に賛同できること

- 自立及び要支援1と認定された場合
- 死亡した場合
- 契約書第14条第15条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了した日の場合
- 病気の治療等その他のため長期ホームを離れることが決まり、移入先の受け入れが可能の場合
- 当該入居者が他の施設等への入所が決まり、受け入れが可能となった場合

(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。)

ユニット名 ()	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (8 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 (小畑真智子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (<input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ホームヘルパー1級, 介護福祉士, 看護師)) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (16 年 4 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) <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 (認知症介護実践リーダー研修) ()
	計画作成担当者 氏名	資格 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (10 年 3 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) <input checked="" 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 () ()
	その他介護職員 () 名	資格 介護福祉士 (/) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (社会福祉士(ホームヘルパー)級) (5 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 (0 名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 (0 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 (<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) 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) <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。

(8) その他

※提携医療機関名	しもそのクリニック
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。)	市町村との連絡の下に認知症老人等の情報を把握し、認知症老人とせざる家族及び対象者への相談×場所を行う。認知症老人及び家族に対し、市町村の福祉事業の情報を提供もする。
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。