

(調査様式1)

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 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	2	3
※グループホーム名	グループホーム福平									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ライフサポート					※代表者名	佃 望			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者の方が、地域の中であたりまえに暮らしながら、可能な限り自立して、日常生活を営むことが出来るよう、支援ことを目的とし、温かいサービスの提供に努めます。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891 -0144) 鹿児島市下福元町7505番地			
※連絡先	電 話	099-210-8550	F A X	099-210-8577
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通「影原」バス停徒歩5分			
開設年月日	平成18年03月15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	市街化調整区域内既存集落地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木) 造り (2 階建ての1・2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1.337.80) m ² 延床面積 (434.10) m ² 1室あたりの居室面積 (8.40) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(24.000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input 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 (1.000) 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	職員施行の場合は無料。美容室利用は実費	
②おむつ代	実費	
③その他	おむつ等産業廃棄物処分料	実費
	通院等介助費	4.000 円/1回
	レクリエーション費	数ヶ月毎に 800~1.000 円
	その他	日用品、嗜好品、服飾費等 実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17 名) [男性 (6 名) 女性 (11名)]
	要介護1 (3名) 要介護2 (5名) 要介護3 (5名) 要介護4 (3名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均 85.5 歳) [最低 (68 歳) 最高 (95 歳)]
※入居に当たっての条件	・要介護1以上で、認知症と診断された65歳以上の高齢者
退居に当たっての条件	・長期入院 ・暴力行為等で共同生活が困難な場合

(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 ツ ト 名 (1 階)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 名) (兼務 名) 常勤換算 (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 type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (向原 仁美)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 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 (4 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 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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (G・H 研修会) ()
	1階 計画作成担当者 氏名 (向原 仁美)	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 (4 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 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 (G・H 研修会) ()
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (0) 名 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ヘルパー2級) (3 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 (G・H 研修会) 受講済者 (7 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 月 日) 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。

(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 (2階)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 名) (兼務 名) 常勤換算 (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 (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 type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (向原 仁美)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 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 (4 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 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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (G・H 研修会) ()
	計画作成担当者 氏名 (富田 裕子)	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 (5 年 8 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 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 (G・H 研修会) ()
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (0) 名 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ヘルパー1級) (1名) (ヘルパー2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 (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 (G・H 研修会) 受講済者 (7 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	・敬愛クリニック ・坂之上生協クリニック ・鹿児島赤十字病院 ・永山歯科医院 ・老人保健施設 光徳苑 ・特別養護老人ホーム旭ヶ丘園
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) 平成19年2月9日受入れ <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。