

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17年 5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	8	3	0	0	1	0	6
※グループホーム名	グループホームやくしま									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 愛心会					※代表者名		理事長 徳田秀子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>利用者に対して家庭的な環境の下で、日常生活における援助を行なうことにより、痴呆の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、利用者が精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるよう支援する。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 891 - 4403) 鹿児島県熊毛郡屋久町原字馬石ノ下 914 番 23			
※連絡先	電 話	0997-47-2010	F A X	0997-47-2010
交通の便 (最寄り交通機関等)	屋久島交通原入口バス停前			
開設年月日	平成 16 年 4 月 1 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 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 (1,353.40) m ²		延床面積 (299.82) m ²	
	1室あたりの居室面積 (13.82) 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)	(20,000) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (入居時 6万) 円 <input type="checkbox"/> 無		
有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間:退居の際、経費相談) 円 <input type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 (180) 円 昼食 (250) 円 夕食 (290) 円 おやつ (50) 円 又は1日 () 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	○美容師がボランティアで来訪します。	費用は無料	
②おむつ代	○使用分、施設が立替え、翌月に家族へ請求します。または、家族持込等。	実費分または無料	
③その他	光熱水費	○月額管理費の中に含まれています。	月額 3,000 円
	個人の嗜好に係るもの	○個人の希望を踏まえながら、献立を作成し、その中で対処します。その他の嗜好品については、家族等と協議させていただき、その範囲の中で対処します。	
	その他	○上記以外の利用者負担はありません。	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 (0名) 女性 (9名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (3名) 要介護3 (2名) 要介護4 (2名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 83歳) [最低 (75歳) 最高 (95歳)]
※入居に当たっての条件	1.概ね 65 歳以上、要介護 1 以上の認知症高齢者 2.概ね身辺自立が出来ており、共同生活が可能な方 3.費用負担、契約、緊急時の連絡などのために、原則としてご家族の中から 1 名保証人を立てて頂きます。
退居に当たっての条件	1.病状が悪化して、集団生活に耐えられないと判断された時は、退居をお願いすることがあります。なお、その際には協力医とも協議の上、入院先を確保するよう努力します。 2.本人及び家族の意思で退居しようとする時は、少なくとも 1 週間前に施設に申し出て頂くこととします。 3.他の入居者に危害を加えたり、加える可能性が高い時は退去をお願いすることがあります。

(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 ツ ト 名 ()	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 2 名) (兼務 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (7 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 (岩川 成功)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 グループホームやくしま) 資格(介護福祉士・社会福祉主事・ケアマネージャー) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (17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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (岩川 成功)	資格 (ケアマネージャー) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (17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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護婦 (1 名) その他 (1,2,3級ヘルパー) (4 名) 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) 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 () 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 () 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 (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記入は省略できる。

(8) その他

※提携医療機関名	○屋久島徳洲会病院
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (8 時～ 20 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 (注) 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。積極的に受け入れを行っています。)
	<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、都道府県知事に届け出るものとする。