

# 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 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	6	3	0	0	1	1	6
※グループホーム名	グループホーム あがいやんせ									
※事業主体名 (法人名)	医療法人 愛誠会					※代表者名	理事長 徳留 稔			

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

### <目的>

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行なうことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように支援することを目的とします。

### <運営方針>

1. 事業所において提供する事業は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。
2. 事業者の介護従業者等は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより利用者が必要とする適切なサービスを提供します。又、利用者及びその家族に対しサービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
3. 介護従業者等は適切な介護技術を持ってサービスを提供すると共に、常に提供したサービスの質の管理・評価を行ないます。

### <運営及びケアの内容>

1. 小グループを原則とし、家庭的な雰囲気の中になじみの関係をつくり、自立を援助し利用者が主人公となれる利用者様本位の運営を行ないます。
2. 家庭で使い慣れた家具や備品を持ち込んで頂くと共に、一応の生活日課は作りますが、規則や画一的な日課は作らず家庭生活の延長の施設として、利用者様個々のニーズや意志を尊重し運営を行ないます。
3. 日課の中で脳活性化リハビリのプログラムを充実させると共に、日々の買い物、料理、掃除、洗濯などの生活日課をできるだけ自分自身でできるよう、自立支援をしながら認知症の進行を防いでいきます。
4. 利用者様個々の個性、人間としての尊厳を保障し、利用者様一人ひとりの個性や長所を引き出す長所志向の個別ケアを提供します。
5. 専門職による的確な診断の基に、利用者様個々の評価を定期的に行い、本人やご家族のニーズにあったケアプランを策定し、専門性の高いチームケアを実践します。
6. 日頃より地域住民との交流を大切にし、利用者様が地域の各種行事に積極的に参加するなど常に開放的な運営を行ないます。

## (3) 組織の概要

※所在地	( 〒 899-8102 ) 鹿児島県 曾於市 大隅町 岩川5520番地		
※連絡先	電話	0994-82-2535	FAX 0994-82-5964
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 河原バス停から400m、中之園バス停から500m		
開設年月日	平成11年 9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。)	ケアセンターやごろう苑 (介護老人保健施設) 昭南病院		

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第一種中高層住居専用地域		
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	( 木造瓦葺平屋 ) 造り ( 建ての 階部分)		
※広 さ	敷地面積 ( 791.4 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 254 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10.44 ) 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 (月額)	( 45,150 ) 円 但し、減免制度有り	
※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理美容代		
②おむつ代	月次請求書にて	68円~239円/1枚 (実費)
③その他		

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9名) 【男性 ( 2名) 女性 ( 7名)】
	要介護1 ( 2名) 要介護2 ( 2名) 要介護3 ( 2名) 要介護4 ( 1名) 要介護5 ( 2名)
	年齢 (平均 86.2歳) 【最低 ( 73歳) 最高 ( 92歳)】
※入居に当たっての条件	① 少人数の共同生活を営むことに支障がないこと ② 自傷他外のおそれがないこと ③ 常時医療機関において治療の必要がないこと

退居に当たっての条件	<p>① 入居後利用者の状態が変化し、入居条件に該当しなくなった場合は、退居をお願いする場合があります。</p> <p>② 退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供期間と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努めます。</p>
------------	--

(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。）

総数	<p>( 8 ) 名</p> <p>(内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 ( 7.4名) ・非常勤 ( 3名)</p> <p>・ 職員の勤務時間を一週間当たり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。</p>
夜間の体制	<p><input checked="" type="checkbox"/>専任 <input type="checkbox"/>兼務(兼務の施設: )</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>夜勤( 1名) <input type="checkbox"/>宿直( 名)</p>
※ 管理者 氏名(中島留美)	<p><input checked="" type="checkbox"/>専任 <input type="checkbox"/>兼務(兼務の施設 )</p> <p>資格(介護福祉士)</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数(5年5ヶ月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修(実践者研修) <input type="checkbox"/>受講済 <input type="checkbox"/>未受講 (管理者研修) <input checked="" type="checkbox"/>受講済 <input type="checkbox"/>未受講</p> <p>・ 上記の研修の他に受講した研修名 (全国グループホーム協会管理者研修受講)(認知症ケア研究会…1回/隔月) (グループホーム研修会…1回/月)(全体研修…1回/月)(リーダー研修…1回/月) (介護研修「外部講師」…2回/年)</p>
計画作成担当者	<p>資格(介護支援専門員)</p> <p>認知症高齢者のケアの経験年数(6年9か月)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務者研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/>受講済 <input type="checkbox"/>未受講 (管理者研修) <input type="checkbox"/>受講済 <input type="checkbox"/>未受講</p> <p>・ 上記の研修の他に受講した研修名 (全国グループホーム協会管理者研修受講)(認知症ケア研究会…1回/隔月) (グループホーム研修会…1回/月)(全体研修…1回/月)(リーダー研修…1回/月) (介護研修「外部講師」…2回/年)</p>
その他の職員	<p>資格 介護福祉士( 3名) 准看護師( 1名) その他(訪問介護員2級 2名)</p> <p>認知症介護に関する研修の受講歴</p> <p>・ 認知症介護実務研修(基礎過程) 受講済者( 0名) (専門課程) 受講済者( 0名)</p> <p>・ 上記の研修の他に受講した研修名 (認知症ケア研究会…1回/隔月) (グループホーム研修会…1回/月)(全体研修…1回/月)(リーダー研修…1回/月)</p>

(再掲) ホーム長(注) 氏名(該当なし) 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(      )
---	---

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 愛誠会 昭南病院
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。)	事業受託無し
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途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。