

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10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	3	0	4	5
※グループホーム名	グループホーム 谷山ゆめ									
※事業主体名(法人名)	医療法人 萩風会						※代表者名	萩原 浩		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

- ・ 認知症の高齢者が不安なく、家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び機能訓練を行い、地域での日常生活を可能とすることを目的とする。
- ・ 地域交流スペースを活用し、地域住民との交流を深めていくこととする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144) 鹿児島市下福元町字大窪1719-3			
※連絡先	電 話	099-260-8032	F A X	099-260-8032
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 指宿枕崎線 慈眼寺駅から車で5分			
開設年月日	平成15年10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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	無指定・市街化調整区域		
※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) 造り (階建ての 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1159.58) m ²	延床面積 (460.75) m ²	
	1室あたりの居室面積 (9.93) m ²		
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(31,500) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (50,000) 円	<input 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 (840) 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	美容室希望の方は連れて行き、費用は預かり金より。寮母による調整でよい方は請求なし。	
②おむつ代	必要な方は預かり金より	
③その他	光熱費・管理費	利用料金と一緒に請求 月 12,600
	お小遣い	入所時に1万円預かり、買い物・医療費に使用。残りが少なくなった時点で家族に連絡し預かる。

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (0名) 女性 (18名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (3名) 要介護3 (6名) 要介護4 (2名) 要介護5 (2名)
	年齢 (平均84.5歳) [最低 (73歳) 最高 (96歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症であること ・歩行がほぼ可能であること ・ベッド・たんす等、できるだけ日ごろ使い慣れたものという考えから、入居時に持参していただく
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院された場合、入院期間1ヶ月経過の時点で今後の方針について御相談申上げ、場合によっては退所をお願いすることもあります。 ・退所希望される時は少なくとも2週間前には申出てください ・退所時に著しい部屋の欠損がある時には実費をいただきます

(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 谷 山 ゆ め I)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 名) 常勤換算 (2.5名) ・非常勤 (4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 type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (日高恭子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護福祉士 介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (11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 [17年度以降]・認知症介護 実務者研修 <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 (全国早期痴呆研究会・痴呆症高齢者グループホーム包括セミナー) (リーダー研修) (全国痴呆症高齢者グループホーム大会・バリデーションワーカー研修)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (介護福祉士 介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (11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 実務者研修 <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 (同上) ()
	その他の職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護婦 (1名) その他 (ヘルパー1級・2級) (5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 (全国早期痴呆研究会) 受講済者 (1名) (全国痴呆症高齢者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 () 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 実務者研修 <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。

(8) その他

※提携医療機関名	萩原整形外科
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。)	必要に応じて市町村と連携をとる
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 checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。 平成17年2月24日 相談員の方が2名来られて利用者の方々にも話を聞いてくださる。これからも受け入れをしていきたい。
	<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。