

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成16年 12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	1	3	0	0	2	3	6
※グループホーム名	百合砂									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 百合砂					※代表者名		田上 容祥		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	<p>地域で暮らす高齢者が認知症になっても安心して生活できる事を目的                  高齢者が残された人生をいきいきと生活出来るよう、生活の場を提供して認知症のある高齢者が豊かな老後を過ごしてもらうことを目的</p>
(運営方針)	<p>指定居宅サービスに該当する認知症対応型共同生活介護は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように行う。利用者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わない。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-3101) 鹿児島県西之表市西之表6095番地		
※連絡先	電 話	0997-22-1330	F A X 0997-23-6163
交通の便 (最寄り交通機関等)	市街地から車で5分 百合砂苑バス停から歩いて1分		
開設年月日	平成17年 3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。)	特別養護老人ホーム 百合砂苑		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	用途外		
※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 ) 造り ( 階建ての 階部分)		
※広 さ	敷地面積 ( 1,634 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 291.5 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 13.58 ) 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)	( 1,500 円/日 × 30日 45,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 ( ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	□有 (期間: ) 円 □無
※食 費	朝 食 ( 300 ) 円 昼 食 ( 300 ) 円 夕 食 ( 300 ) 円 おやつ ( ) 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	月末締めで口座振替及び振込等	実費
②おむつ代	月末締めで口座振替及び振込等	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 ( 5名) 要介護 4 ( 名) 要介護 5 ( 名)
	年齢 (平均 86歳) [最低 ( 73歳) 最高 ( 92歳)]
※入居に当たっての条件	介護認定で要介護度 1～5 までの方。 基本的にある程度身の回りのことを自分でできる方。 医師の診断で認知症があると認められる方で共同生活が可能なる方。
退居に当たっての条件	介護認定で要支援又は非該当となった場合。 入院が必要と判断された場合。 入居者・ご家族の退去希望があった場合。 日常動作能力の低下や痴呆の進行など共同生活が困難と判断された場合。

(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 ツ ト 名 ( )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 7. 5名) ・非常勤 ( 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 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 12年 7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 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 ( )	資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 19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 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 ( ) 名 看護婦 ( 名) その他 ( ) ( 6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	・田上病院（病院） ・えのもと歯科医院（歯科医院）
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。）	情報の提供等
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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、都道府県知事に届け出るものとする。