

認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目

報告番号 4676100193

(平成 17年 11月 1日現在)

1) 事業主体の概要

<u>グループホーム名</u>	グループホーム「ゆうゆう」	事業主体名	医療法人
		代表者名	岩城 政秋

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症の高齢者が共同生活を営み、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で、専任スタッフの協力のもと、食事・入浴・排泄などの生活援助及び生活リハビリを通して入居者が有する能力に応じて自立した日常生活を送ることで、認知症の進行を穏やかにすると共に、より豊かな暮らしを提供することを目的とします。

3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒899-5111 鹿児島県霧島市隼人町姫城一丁目276番地	TEL 0995-44-6180 FAX 0995-44-6212
<u>交通の便</u> (最寄の交通機関等)	日当山駅より車で3分	
<u>開設年月日</u>	平成13年3月30日	<u>ユニット数と利用定員</u> (2)ユニット 利用定員(18)人
<u>グループホームの併設施設</u> (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)		

4) 建物等の概要

<u>都市計画法上の用途地域</u>	都市計画区域内(区域区分 未設定都市計画区域)
<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨)造り (1階建て)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (798.57)m ² 延床面積 (356.46)m ² 1室あたりの居室面積 (12.0)m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃(月額)	(36,000) 円	
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:)	<input type="checkbox"/> 無
食費	朝食(300)円 夕食(400)円 又は1日()円	昼食(400)円 おやつ()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	実費(月末締め翌月10日に請求す)	1枚 50円
③ その他		
・リハビリパンツ代	実費(月末締め翌月10日に請求す)	1枚 150円
・尿取りパッド代	"	1枚 17円
・ " (ビッグ)	"	1枚 80円

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9名) (男性(1)名 女性(8)名)
	要介護1(4名) 要介護2(3名) 要介護3(1名)
	要介護4(0名) 要介護5(1名)
	年齢(平均86歳) (最低70歳) (最高97歳)
入居に当たっての条件	<p>入居対象は、65歳以上の認知症と認められる方で、要介護認定を受けた次のいずれに該当する者としてします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身のまわりのことがある程度自立しており、共同生活を送るのに支障がないこと。(極端な暴力行動や自傷行為がある等共同生活を送ることが難しい者は除く) ・健康上において、医療機関での治療や療養の必要がないこと。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が介護保険の定める要介護認定において、要支援または非該当(自立)の判定を受けた場合。 ・当事業所が開催するサービス担当者会議において、在宅あるいは他の施設利用が望ましいとの判断に基づき、利用者と合意した場合。 ・入居者に健康上の問題が生じ、医師が医療機関への入院が必要と診断し、2週間以上の治療または療養が必要と認められた場合。ただし、1ヶ月以内に復帰できると認める場合は除きます。

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 ット 名 グ ル ー プ ホ ー ム ゆ う ゆ う	総 数 ※ 職員の勤務時間を1週間あたり41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) ÷ 41時間 = 常勤換算数 (名) (注) 勤務延時間数には、宿直時間は含まない。	(10 名) ※ 管理者は1・2号館兼務。 (内訳) ・ 常勤 (専任 7名 (兼務 1名) 常勤換算 (8.7) 名 ・ 非常勤 (2名)
	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 (村岡 宏章)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資 格 (准看護師 、 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5年 9か月) 認知症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 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 (村岡 宏章)	資 格 (准看護師 、 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5年 9か月) 認知症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 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 (1 名) 看護師 (0 名) その他 () 認知症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 (0 名) (専門課程) 受講済者 (0 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 () 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者は省略できる。

8) その他

提携医療機関名	医療法人 松城会 隼人温泉病院
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入 下さい。)	
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 type="checkbox"/> 有 (: ~ :) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的に御記入ください。)
	<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厚生省老人保健福祉局長通知別添1)にもと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こと。