

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1月31日現在)

1) 事業主体の概要

グループホーム名	風の詩	事業主体名	社会福祉法人 桜仁会
		代表者	理事長 古郷 節子

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、介護従事者が認知症の状態にある要介護者等に対し、適正な生活介護事業を提供することを目的とする。

運営方針として、

1. 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を行う。
2. 利用者の人格を尊重し、利用者が必要とするサービスを介護計画により提供する。
3. サービスの内容及び提供方法などについて、家族、利用者に解かり易く説明する。
4. 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
5. 提供したサービスについては質の管理、評価を行う。
6. 居宅サービスが作成されている場合計画に添った通所介護を提供する。

3) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒899-1611 鹿児島県阿久根市赤瀬川 276 番地 1 TEL0996-64-6211		
交通の便	鹿児島本線阿久根駅より徒歩 25 分、約 2 km		
開設年月日	平成 13 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 (サービスがあれば記入)	隣接地内に特別養護老人ホーム、 デイサービスセンター、老人保健施設が有		

4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	第1種低層住居専用地域
建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
建物構造	(木造平屋建て) 造り (1階建て)
広さ	敷地面積 (1,043) m ² 延べ面積 (317.68) m ² 1室あたりの居室面積 (13.19) 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)	(22,500) 円 (1日 750 円) (ただし、光熱水費を含む)	
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 checked="" type="checkbox"/> 無
食費	朝食 (200) 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	職員が行う場合は無料、理美容店の場合は実費	
②おむつ代	その都度	実費
③その他		
光熱水費等	家賃に含め徴収	

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人員 (9名) (男性 (0名)、女性 (9名))
	要介護1 (4) 要介護2 (4) 要介護3 (1) 要介護4 () 要介護5 ()
	年齢 (平均 82.4 歳) (最低 74 歳) (最高 91 歳)
入居に当たっての条件	要介護1から5までの認定者で、認知症であって日常生活に共同生活が営まれる者。
退居に当たっての条件	共同生活に馴染めない方。 嚥下困難になり経口から食物が摂れなくなった方。 医療的な処置を常時受けないと生命を維持できない方。

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 風 の 詩	総数	(9 名) (内訳) ・常 勤 (専任 6 名) (兼任 名) 常勤換算 (名) ・非常勤 (3 名) ※職員の勤務時間を1週間当たり40時間として場合の常勤換算 職員の1週間の勤務延べ時間(時間) ÷ 40 時間 = 常勤換算数 () 注) 勤務延べ時間数には、宿直時間数は含めない。
	夜勤体制	<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 (平寄さやか)	<input checked="" type="checkbox"/> 専 任 <input type="checkbox"/> 兼 務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (4 年 1 0 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) ・ 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) 認知症高齢者のケアの経験年数 認知症介護に関する研修の受講歴 (4 年 1 0 か月) ・ 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) [平成17年度以降]・ 認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済み <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 (2 名) 准看護師 (1 名) その他 (ホームヘルパー) (3 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 (痴呆性老人処遇技術研修) 受講済者 (1 名)

	(再掲) ホーム長 氏名() ※所員の中から、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 ()

8) その他

提携医療機関名	特定医療法人 昴和会 内山病院 ひかり歯科クリニック
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。)	介護認定調査及び訪問調査等
入居者家族会などの有無	<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)等の受け入れ状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<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達別添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。

※(1) 欄のある箇所は、どちらかを 点でチェックして下さい。

(2) 図面及び運営規程を添付して下さい。

(留意事項)

下線の項目は、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、変更があった場合には10日以内に届る必要があるほか、下線の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期に一度(例えば年度末)情報を更新し都道府県知事に届け出るものとする。