

## 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 18 年 2 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	4	0	0	0	1	4	8
※グループホーム名	アルテンハイム鶴宮園グループホームうらら									
※事業主体名（法人名）	社会福祉法人 脩寿会					※代表者名		理事長林田 功		

## 2) 事業の目的及び運営の方針

<p>事業の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護者であって痴呆の状態にあるものについて、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日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の状況を踏まえた上でその有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにすることを目的とする。</li> </ul> <p>運営の方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本事業において提供する痴呆対応型老人共同生活介護は介護保険法並びに関係する関係省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</li> <li>・痴呆対応型共同生活介護計画に基づき漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。</li> <li>・事業者は、自らその提供する痴呆対応型老人共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> </ul>
---

## 3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>		〒895-2103 TEL 0996-59-8088 鹿児島県薩摩郡さつま町紫尾 4088 番地 1 FAX 0996-59-8088	
<u>交通の便（最寄りの交通機関等）</u>		南国交通バス紙漣田バス停	
<u>開設年月日</u>	昭和・平成 15 年 7 月 15 日	<u>ユニット数と利用定員/1号館</u>	(1) ユニット 利用定員 (9) 人
<u>開設年月日</u>	昭和・平成 16 年 12 月 24 日	<u>ユニット数と利用定員/2号館</u>	(1) ユニット 利用定員 (9) 人
<u>グループホーム併設施設</u> (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)			

## 4) 建物の概要

<u>都市計画法上の用途地域</u>		
<u>建物形態</u>		<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	<u>1号館</u>	(鉄骨造垂鉛メッキ鋼板葺・陸屋根) 造り (2階建ての1階部分) アルテンハイム鶴宮園グループホームうらら1号館利用
	<u>2号館</u>	(木造 平屋建) アルテンハイム鶴宮園グループホームうらら2号館利用
<u>広さ</u>	<u>1号館</u>	敷地面積 (1,874.65) m <sup>2</sup> 1.2号館同敷地 延床面積 (623.75) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 (13.5) m <sup>2</sup> (内1階部分 392.50 m <sup>2</sup> )
	<u>2号館</u>	敷地面積 (1,874.65) m <sup>2</sup> 1.2号館同敷地 延床面積 (377.24) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 (13.53) m <sup>2</sup>
<u>二人部屋の有無</u>		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>	( 30,000 ) 円	住居費	1日あたり 1,000 円
		管理費 (水道光熱費含)	1日あたり 100 円
<u>保証金の有無 (入居一時金)</u>	□有 ( ) 円 □無		
	有の場合の償却の有無	□有 (期間: ) □無	
<u>食費</u>	朝 食 ( ) 円 昼 食 ( ) 円 夕 食 ( ) 円 おやつ ( ) 円 又は 1日 ( 750 ) 円		
<u>その他の費用と徴収方法</u>			
名 目	徴収方法		金 額 (円)
①理美容代	現金支払及び当事業所指定の金融機関への振込支払		実費
②おむつ代	現金支払及び当事業所指定の金融機関への振込支払		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 ( 8 名) 男性 ( 3 名) 女性 ( 5 名)
	要介護 1 ( 2 名) 要介護 2 ( 2 名) 要介護 3 ( 3 名) 要介護 4 ( 1 名) 要介護 5 ( 名)
	年齢 (平均 85.8 歳) (最低 77 歳) (最高 95 歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護者であって、痴呆の状態にある者で、少人数による共同生活を営むことに支障のないもの</li> <li>・ 主治医の診断により痴呆の状態の把握</li> <li>・ 心身の状況、生活歴、病気歴の把握</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院が長期にわたる時及び伝染病疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると主治医又は協力医療機関において認めるとき</li> <li>・ 介護度の状態が自立若しくは要支援となった場合</li> <li>・ 極端な暴力行為や自傷行為がみられるなど、共同生活を送ることが困難と判断した場合</li> </ul>

(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 ( アル テ ン ハイ ム グ ル ー プ ホ ー ム う ら ら 2 号 館 )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( 0 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 (小川 まゆみ)	<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・2級ホームヘルパー) 認知症高齢者のケアの経験年数( 5 年 10 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 {17年度以降}・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (苦情・事故対策研修 リスクマネジメント研修) (県グループホーム連絡協議会研修会 いきいきセミナー等)
	計画作成担当者 氏名	資格(介護支援専門員・ホームヘルパー2級・栄養士) 認知症高齢者のケアの経験年数( 1 年 2 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 {17年度以降}・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (鹿児島県グループホーム連絡協議会研修) (施設関係介護支援専門員勉強会等)
その他の職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( 1 ) 名 看護師 ( 0 ) 名 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他(ホームヘルパー1級) 1名 (ホームヘルパー2級) 5名・(ホームヘルパー3級) 1名 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 {17年度以降}・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( 0 ) 名 ・上記の研修の他に受講した研修名 (新しい介護技術 ) 受講済者 ( 1 ) 名 (口腔ケア研修 ) 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 ( ) 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(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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

8) その他

<u>提携医療機関名</u>	・林田内科・薩摩郡医師会病院 ・たきがわ歯科・介護老人保健施設パラディーノほたるの里
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 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 ( 9 時～21 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員注) 等の受入状況	
	<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)に基づく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なう者のこと。

- ※(1) 口欄のある箇所は、どちらかをレ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号に該当することであるから、変更があった場合には10日以内に届け出る必要があるほか、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(例えば各年度末)情報を更新し都道府県知事に届け出るものとする。