

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供項目

(平成18年3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	3	9	0	0	1	0	8
※グループホーム名	みのり園									
※事業主体名(法人名)	医療法人トウスイ会				※代表者名		稲津 一穂			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

現在の高齢化社会の中で痴呆症等により在宅での生活や介護が困難な高齢者に対して、安心して生活できる場所を提供し、また少人数で家庭的雰囲気の中で家事や日常生活など、慣れ親しんだ活動を職員とともにこなすことによって機能訓練、並びに残存機能を活用し、痴呆の症状緩和や進行防止に努め自立のための支援を目的とする。

ホームの運営方針としては、事業所の介護従事者は、利用者一人一人の人格を尊重し、要介護者等の心身の特性踏まえて、その有する能力に応じ、可能な限り共同生活居住において、家庭的環境の下で入浴、排泄、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なうことにより、自立した日常生活を営むことができるようにするものである。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 895-1803) 鹿児島県薩摩郡さつま町宮之城町屋地 1358番地の2			
※連絡先	電話	0996-52-0122	FAX	0996-52-0125
交通の便 (最寄り交通機関等)	JRバス、林田バス、町頭バス停まで500m徒歩5分			
開設年月日	平成15年8月14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 があれば記入下さい)	無し			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	準居住地			
※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 (1,602.95)㎡ 延床面積 (592.37)㎡ 1室あたりの居室面積 (12.04)㎡			
※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)	(21,000) 円程度 日額700円としている	
※ 保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無
※ 食費	朝 食 (250) 円 昼 食 (350) 円 夕 食 (350) 円 おやつ (50) 円 又は1日 (1,000) 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	実費を徴収	
②おむつ代	実費を徴収	
③ そ の 他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) (男性2名 女性16名)
	要介護1 (4名) 要介護2 (8名) 要介護3 (3名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均85, 9) (最低76歳) (最高101歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 要介護者であること。 2. 痴呆症状であること。 3. 自傷・又は他者に危害を及ぼすことの無いこと。 4. 共同生活が可能であること。
<u>退去に当たっての条件</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者本人が死亡したとき。 2. 要介護者でなくなったとき。 3. 長期入院が必要となったとき。 4. 著しく共同生活に支障をきたすとき。

(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 みのり園 1号館)	総数	(8名)
		(内訳)・常 勤 (専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算 (5.4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(注)(216時間)÷40時間=常勤換算(5.4名) 注)勤務延時間数には、宿直時間は含まない。
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
管理者 氏名 (峯 進)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 みのり園2号館) 資格 (社会福祉主事・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (12年4ヶ月) 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	
計画作成担当者 氏名 ()	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (社会福祉主事・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (13年4ヶ月) 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (1名) 看護師 (0名) その他 () (名) ・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 (0名) (専門課程) 受講済者 (0名) ・上記の研修のほかに受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (1名) () 受講済者 (名)	
(再掲) ホーム長注) 氏名 (伊子) ※職員の中から、い わ「ホーム長」が 定められている場 に記入すること合	資格 (介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	

注「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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。

(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) みのり園2号館	総数	(7名)
		(内訳)・常勤(専任 6名) (兼務 1名) } 常勤換算(5.9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1週間の勤務延時間(注)(236時間)÷40時間=常勤換算(5.9名) 注)勤務延時間数には、宿直時間は含まない。
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) <input type="checkbox"/> 夜勤(1名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
管理者 氏名(峯 進)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 みのり園1号館) 資格(社会福祉主事・介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(13年4ヶ月) 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	
計画作成担当者 氏名()	<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(17年0ヶ月) 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士(0名) 看護師(1名) その他(2級ヘルパー) (3名) ・痴呆介護実務者研修(基礎課程) 受講済者(0名) (専門課程) 受講済者(0名) ・上記の研修のほかに受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者(1名) () 受講済者(名)	
(再掲) ホーム長注 氏名() ※職員の中から、いわ「ホーム長」が定められている場に記入すること合	資格 () 痴呆性高齢者のケアの経験年数 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 ・上記の研修のほかに受講した研修名 () ()	

注「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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	医療法人トウスイ会 稲津病院
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ください。)	特にありませんが施設長がさつま町介護保険事業計画策定委員として町との連携を図っている。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <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なう者のこと。

- ※(1) 欄のある箇所は、どちらか✓点でチェックして下さい。
- (2) 図面及び運営規定を添付して下さい。

(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。