

痴呆性高齢者グループホームに係わる情報提供の項目

(平成18年1月13日現在)

1) 事業主体の概要

4679500126

グループホーム名	法人	事業主体名	インターナショナル・ホスピタル・サービス(株)
	グループホーム 岬	代表者名	能宗 克行

2) 事業の目的および運営の方針

インターナショナル・ホスピタル・サービス株式会社 が開設する指定高齢者グループホーム が行う指定痴呆対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者や従業者が、要介護状態であって痴呆の状態にある高齢者に対し、適正な指定痴呆対応型共同生活介護を提供することを目的とする。(運営の目的)

事業所の介護従業者は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、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うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。事業の実施にあたっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携に努める。(運営の方針)

3) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒891-9231 鹿児島県大島郡知名町田皆2241番地	TEL 0997-93-1502 FAX 0997-93-1503
交通の便(最寄の交通機関)	田皆郵便局前バス亭より徒歩1分	
開設年月日	平成17年 9 月17 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 あればご記入ください)		

4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	市街化区域 住居専用(第1種)
建物形態	(鉄筋コンクリート、一部鉄骨)造り (2階建の1階部分)
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
広さ	敷地面積(663.73)㎡ 延床面積(289.91)㎡ 一室あたりの居室面積(8.92 ~12.78 ㎡)
三人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料金(入居者の負担額)

家賃(月額)	(¥10,000—)円	
保証金の有無(入居一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ()円 ■無	
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input type="checkbox"/> 無	
食費	朝食()円 昼食()円 夕食()円 おやつ()円 又は1日(¥1,000—)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	直接窓 ■払ひまたは、■口座振込	実費
②おむつ代	直接窓 ■払ひまたは、■口座振込	円/1枚
③その他		
・水道光熱費	直接窓 ■払ひまたは、■口座振込	100円/日
・		
・		

6) 入居の概要

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(1 名) 要介護3(3 名)
	要介護4(2 名) 要介護5(0 名)
	年齢(平均 79.5 歳) (最低65.6ヶ月 歳) (最高 91.4ヶ月 歳)
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護者であつて痴呆の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方 ・ 主治医の診断書等により痴呆の状態にあることが確認できること
退去に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師等の判断により入院治療を必要とする場合 ・ 入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合

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。)

<p>総数</p>	<p>()円</p> <p>(内訳)・常勤(専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算(8 名)</p> <p>(内訳)・非常勤(専任 名)</p> <p>* 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) (90時間)÷40時間=常勤換算数(2.25名) 注)勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。</p>
<p>夜間の体制</p>	<p>■専任 □兼務(兼務の施設)</p> <p>■夜勤(1名) □宿直(0 名)</p>
<p>管理者 氏名(有川 春枝)</p>	<p>□専任 ■兼務(計画作成担当者) デイサービスセンター</p> <p>資格(社会福祉主事任用資格、介護支援専門員)</p> <p>痴呆性高齢者のケアの経験年数(10 年 か月)</p> <p>痴呆介護に関する研修の受講歴</p> <p>・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講</p> <p>・上記の研修の他に受講した研修名 (痴呆性高齢者早期対応支援セミナー)(老人性痴呆疾患保健医療指導員研修会)</p>
<p>計画作成担当者 氏名()</p>	<p>資格(介護福祉士)</p> <p>痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 か月)</p> <p>痴呆介護に関する研修の受講歴</p> <p>・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講</p> <p>・上記の研修の他に受講した研修名 (老年期フォーラム)() ()()</p>
<p>その他の職員</p>	<p>資格 介護福祉士(名) 看護婦(名)</p> <p>その他(ホームヘルパー2級)(7 名)</p> <p>痴呆介護に関する研修の受講歴</p> <p>・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 ■未受講 (専門課程) □受講済 ■未受講</p> <p>・上記の研修の他に受講した研修名 (老年期フォーラム)() ()()</p>
<p>(再掲) ホーム長注) 氏名()</p> <p>* 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</p>	<p>資格()</p> <p>痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 か月)</p> <p>痴呆介護に関する研修の受講歴</p> <p>・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □未受講</p> <p>・上記の研修の他に受講した研修名 ()()</p>

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。定めてない場合には記入は省略できる。

8)その他

提携医療機関	沖永良部徳州会病院・松尾歯科医院
市町村との連携状況(事業を受諾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(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、「介護相談員派遣等実施要領」(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紙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・利用者等の話しを聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

* (1)口欄のある箇所は、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るものとする。

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 _____ グループホーム 岬 _____

3) 組織の概要

開設年月日	平成 16年 9月 17 日	利用定員	(9)	人
-------	----------------	------	-------	---

4) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	(鉄筋コンクリート)造り	(2 階建ての 1階部分)
広さ	延床面積(289.91)㎡	室あたりの居室面積 9.4)㎡
二人部屋の有無	有() 無(○)	該当する方に○を付けて下さい。

5) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	(¥10,000—)	円
保証金の有無(入居時一時金)	有() ()円	無(○)
有の場合償却の有無	有()期間()	無()

該当する方に○を付けて下さい。

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 (1)名
	要介護3(3)名 要介護4 (2)名
	要介護5(0)名
	年齢(平均 79.5 歳) (最低 65.6 歳) (最高 91.4 歳)

新築()	該当する方に○を付けて下さい。
改築(○)築()年	

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ () 名 ランクA (5) 名 ランクB (3) 名 ランクC () 名	・アルツハイマー () 名 ・脳血管性痴呆 (4) 名 老年期痴呆 (4) 名 ・その他 () 名	
痴呆度	ランクI () 名 ランクIIa (2) 名 ランクIIb (1) 名 ランクIIIa (4) 名 ランクIIIb () 名 ランクIV (1) 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	理由	人数(1)名
	死亡	退居先 ()
	.	()
	.	()

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (0) 回 (理由:)
	②ホーム長の交代回数(注1参照) (0) 回 (理由:)
	③常勤職員の交代回数 (2) 回 (理由: 妊娠、寿退社、)

※書式内の《自立度(厚生省判定基準)》はサービス評価ガイド集2004年度版P173、P174を参照