

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 4月13日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	6	7	0	0	0	8	3
※グループホーム名	グループホーム松山あじさい									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人松山やっちく会					※代表者名		渡邊 紘三		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>グループホームで生活する認知症高齢者に対し日常生活における援助等を行うことにより認知症の進行を穏やかにし認知症高齢者の精神状態を安定させ、かつ健康で明るい生活を送れるように支援し認知症高齢者の生活の質の向上を図ることを目的とする。</p> <p>ゆったりと・たのしく・自由に暮らせるよこびと自信を 馴染みの環境の中で、安心して生活できるよう支援する 過剰な支援・干渉を控える。個人に合わせ適度であること</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899 - 7602) 鹿児島県志布志市松山町泰野字松ヶ迫1139番地-1			
※連絡先	電 話	099-487-8200	F A X	099-487-8201
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス停 本町(泰野)(県道110号線)1.3km徒歩20分 (岩川-志布志線)			
開設年月日	平成17年 8月30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下 さい。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域				
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (9,113) m ² 延床面積 (348.37) m ² 1室あたりの居室面積 (10.83) 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)	(30,000) 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:) 円 □無
※食 費	朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (800) 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	毎月10日に請求	実費分
③ そ の 他		

(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 (3名) 要介護2 (1名) 要介護3 (2名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 84.6歳) [最低 (79歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	1 要支援2以上であり認知症の状態にあること。 2 少人数による共同生活を営むのに支障がない事。 3 自傷他害の恐れのないこと。 4 常時医療機関において治療をする必要がない事。 5 契約に定めることを承認し、重要事項に記載する事業者の運営方針に賛同できること。
退居に当たっての条件	1 利用者及び利用者代理人は事業者に対し、いつでも30日間の予告期間をおいてこの契約を解除することが出来ます。 2 要介護認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合。 3 2週間以上の長期入院の場合。 4 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設での受け入れが可能となった場合

(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。)

ユニット名 ()	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算 (8.5名) ・非常勤 (1.5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	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1名) □宿直 (名)
	※管理者氏名 (中村 啓文)	■専任 □兼務 (兼務の施設名) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9年 3か月) 痴呆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 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 □受講済 □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 (中村 啓文)	資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (9年 3か月) 痴呆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 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他介護職員 () 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (2名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (2名) 痴呆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 (名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 (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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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

※提携医療機関名	山下クリニック
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記入してください。)	松山町デイサービスセンターやっちく
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (7:00時~21:00時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。)
	<input 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者のこと。

(留意事項)

「※」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、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。