

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 2 月 28 日現在)

1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号 4670600156

グループホーム名	グループホーム風の丘	事業主体名	医療法人 昴和会
		代表者名	理事長 古郷 米次郎

2) 事業の目的及び運営の方針

<p>認知症であっての要介護者等に対し、適正な生活介護事業を提供することを目的とする。</p> <p>利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止・予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行い、入居者が安心と尊厳のある生活を実現することを目指す。</p>

3) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒899-1611 阿久根市赤瀬川379番地1	TEL0996-72-7023 FAX0996-72-7024
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR阿久根駅から車で5分	
開設年月日	平成15年10月25日	ユニット数と利用定員 (1) ユニット 10人 (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。)	介護老人保健施設回生苑	

4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	第一種低層住居専用地域
建物形態	併設型
建物構造	(木造) 造り (1階建ての1階部分)
広さ	敷地面積 (2,587.84) m ² 延床面積 (336.21) m ² 1室あたりの居室面積 (12.42) m ²
二人部屋の有無	無

5) 利用料等（入居者の負担額）

家賃（月額）	（ 420 ）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
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		
② おむつ代		
③ その他		
光熱費		330円

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 9名） （男性（ ）名） 女性（ 9名）
	要介護1（ 8名） 要介護2（ 0名） 要介護3（ 1名） 要介護4（ 0名） 要介護5（ 0名）
	年齢（平均 85歳）（最低 80歳）（最高 92歳）
入居に当たっての条件	要介護度Ⅰ～Ⅴ、痴呆度Ⅲ以下で、共同生活を営むのに障害のない方。 日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が有する個々の能力で、自立した日常生活を営むことの可能性を持った方。
退居に当たっての条件	死亡・傷病等の悪化で入院が必要な場合 共同生活を営むのに他の利用者に障害等がおよぶ恐れがある場合 要介護度が要支援以下になったとき 寝たきり状態等で、自立した日常生活を営むことが不可能の場合

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	(8名)
		(内訳)・常勤(専任 3名) (兼務 名) } 常勤換算 (7.4名) ・非常勤 (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) (317.7時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数 (7.4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	
	夜勤 (1名) 宿直 (名)	
管理者 氏名 (長田 幸代)	専任 資格 (准看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16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) ○受講済 未受講 (専門課程) ○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 (長田幸代)	専任 資格 (准看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16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) ○受講済 未受講 (専門課程) ○受講済 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) 看護婦 (1名) その他 (介護人) (5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 (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 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
再掲 ホーム長注) 氏名 ()	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) 受講済 未受講 (専門課程) 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。

8) その他

提携医療機関名	内山病院・橋口歯科
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。)	在宅介護支援センター、高齢者世話付住宅生活援助員派遣事業、介 護認定調査等の事業を受託している。 阿久根市の介護事業所会議に参加して、事業所の情報を提供する。 事業所の各種調査等のモデル事業等に積極的に協力する。
入居者家族会等の有無	有
家族の面会時間の設定の有無	無
介護相談員 ^註 等の受入状況	有 (具体的にご記入下さい。)
	無 阿久根市で未実施

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。

※ (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。