

# 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5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	0	3	0	0	8	6	4
※グループホーム名	グループホーム うえの									
※事業主体名(法人名)	有限会社 うえの福祉会					※代表者名		田 中 幹 雄		

## (2)※事業の目的および運営の方針

(事業の目的)
本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
(運営の方針)
利用者の認知症の進行を緩和し、安心して、生活を送れるように家庭的環境の下で、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、又、地域との交流を図りながら、趣味活動等を生かしてその人らしい人生を送れるよう援助する。

## (3)組織の概要

※所在地	(〒 893-0056) 鹿屋市上野町5200番地1			
※連絡先	電 話	0994-40-3181	F A X	0994-40-3191
交通の便(最寄の交通機関)	鹿児島交通 垂水・志布志線 バス停(高橋温泉停留所) 下車徒歩5分			
開設年月日	平成 16年 9月 1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施設設 (併施設設からのサービス 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	市街化区域 住居専用(第1種)	
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型	
※建物構造	( 木 )造り ( 1 階建の 階部分)	
※広 さ	敷地面積( 1,055 )m <sup>2</sup> 延床面積( 471.55 )m <sup>2</sup>	
	一室あたりの居室面積( 8.30 m <sup>2</sup> )	
※二人部屋の有無	<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)	( 24,000 )円	
※保証金の有無(入居一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( )円 <input type="checkbox"/> 無	
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) <input type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食( 150 )円 昼食( 250 )円 夕食( 300 )円 おやつ( 100 )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	提供時に現金払い	実費
②おむつ代	提供時に現金払い	実費
③ 寝具 その他	リース料 毎月末締 請求書にて徴収	70 円/1日

## (6) 入居の概要

現在の入居者の状態	入居人数( 18名) (男性( 5名) 女性( 13名)) 要介護1( 2名) 要介護2( 8名) 要介護3( 4名) 要介護4( 3名) 要介護5( 1名) 年齢(平均 85.6 歳) (最低 75 歳) (最高 95 歳)
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護者であっ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</li> <li>・ 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</li> </ul>
退去に当たっての条件	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 入居者がサービス利用料金の支払いを、正当な理由なく2ヶ月以上遅滞し、利用料金を支払うように勧告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合。</li> <li>② 入居申込、又は契約締結に際し、虚偽が判明した場合。</li> <li>③ 入居者が医療機関等に入院し、1ヶ月以内に退院の見込みがない場合。1ヶ月を経過しても退院ができない場合。</li> <li>④ 入居者の心身の状態変化により、共同生活が困難な場合。</li> <li>⑤ 入居者の暴言暴力行為で、他人への危害が出現した場合。</li> <li>⑥ 入居者が介護認定の更新で、自立・要支援と認定された場合、契約は更新されず契約終了とします。</li> </ol>

(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。)

総数	( 9 )名
	(内訳)・常勤(専任7名) (兼務 1名) (内訳)・非常勤(専任 1名)
} 常勤換算( 5.28 )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) (211.5時間)÷40時間=常勤換算数(5.28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( 田中 洋子 )	■専任 □兼務(兼務の施設 デイサービスセンター) 資格(社会福祉主事任用資格、介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 8年4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 (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 ( )( )
(さ ち の 家 ) 計画作成担当者 氏名( 田中 洋子 )	資格(介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 7年4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 (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( 名) 看護婦( 2名) その他(ホームヘルパー2級)( 5名) 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 (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 ( )( ) ( )( )
(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( ) 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 (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。

(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。)

総数	( 10 )名
	(内訳)・常勤(専任7名) (兼務 1名) } 常勤換算( 5.17 )名 (内訳)・非常勤(専任 3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) (207時間)÷40時間=常勤換算数(5.17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( 田中 洋子 )	■専任 □兼務(兼務の施設 ) 資格(社会福祉主事任用資格、介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 8 年 4 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 (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 ( ) ( )
(ふくの家) 計画作成担当者 氏名( 時吉 愛子 )	資格(介護支援専門員)(介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 14 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 (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( 1 名) 看護婦( 1 名) その他(ホームヘルパー2級)( 4 名) 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 (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 ( ) ( ) ( ) ( )
(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( ) 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 (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

※提携医療機関名	井ノ上病院 小倉記念病院 中原歯科医院
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 checked="" type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。) 介護相談員や評価調査員等の訪問時には、情報を積極的に提供しています。  <input 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。

(留意事項)

「※」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ります。また、届出事項以外も含め、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