

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 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	1	0	3	5	8	1
※グループホーム名	グループホーム アルプス									
※事業主体名(法人名)	医療法人 うえまつ整形外科					※代表者名		植松 忠雄		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄など日常生活における自力支援及び介助により、安心と尊厳のある生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒890-0051) 鹿兒島市高麗町42-12		
※連絡先	電 話	099-286-1230	F A X 099-286-3300
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿兒島交通局から徒歩5分		
開設年月日	平成16年 4月 7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	■単独型 □併設型		
※建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (3 階建ての 2, 3 階部分)		
※広 さ	敷地面積 () m ² 延床面積 (456.66) m ² 1室あたりの居室面積 (8) m ²		
※二人部屋の有無	□有 ■無 (場合によっては、壁を外して二人部屋になる)		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(36,000) 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 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (400) 円 おやつ () 円 1日計 (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	自己負担 (月1回理容師が来訪。費用は翌月家族へ請求します。)	1回2,000円程度
②おむつ代	自己負担 (必要枚数を業者より袋単位で購入し、本人へ渡します。費用は翌月家族へ請求します。)	
③その他	光熱費	個人の電気器具に係る電気代については、個人の部屋に持ち込み電気器具1台につき、1日50円の負担となります。 電気器具持込者のみ1台につき1,500円/月
	個人の嗜好に係るもの	個人の希望により、特に準備した嗜好品に要した経費についてはお預かり金より支払っていただきます。

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17 名) [男性 (名) 女性 (17 名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (5名) 要介護3 (8名) 要介護4 (2名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均84.7歳) [最低 (71歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たった条件	1. 寝たきりや車椅子使用、看護が必要な方は、入居できない場合があります。 2. 費用負担、契約、緊急時の連絡などのために、原則としてご家族の中から一人保証人に立っていただきます。

退居に当たっての条件

1. 症状が悪化して集団生活に耐えられないと判断されたときは、退居をお願いすることがあります。なお、その際には、協力医とも協議の上、入院先を確保するよう努力します。
2. 本人および家族の意思で退居しようとするときは、少なくとも一週間前に、申し出て頂くこととします。
3. 経費の精算は、全て日割り計算とします。1日に端数がある、時は、原則として1日と見なします。食費など1日の中で経費の精算が可能なものは、利用実績に応じて精算します。精算日は退居日とし、当施設は、精算時に明細書及び領収書を発行します。

(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 ツ ト 名 (じ ん ち よ う げ の 家)	総数 (8) 名
	(内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (7 名) ・非常勤 (4 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 (倉津 ヤス子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 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 (12年 1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 (バリデーションセミナー) (利用者本位のグループホーム的ケア) 他
計画作成担当者 氏名 (倉津 ヤス子)	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 (12年 1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 (バリデーションセミナー) (利用者本位のグループホーム的ケア) 他
その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護婦 (名) その他 (社会福祉士) (1 名) (ホームヘルパー2級) (7 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 (バリデーションセミナー) 受講済者 (1 名) (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (3 名) (レジオネラ症防止対策講習会) 受講済者 (1 名)

ユ ニ ツ ト 名 (き ん も く せ い の 家)	総数	(8) 名
		(内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算(7 名) ・非常勤 (4 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 (倉津 ヤス子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 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 (12年 1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 (バリデーションセミナー) (利用者本位のグループホーム的ケア) 他
計画作成担当者 氏名 (川越 美穂)	資格 (介護支援専門員、准看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (13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 (バリデーションセミナー)(身体拘束廃止推進委員会)	
その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師 (名) その他 (社会福祉主事) (1 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 (バリデーションセミナー) 受講済者 (1 名) (身体拘束廃止推進委員会) 受講済者 (4 名)	

(8) その他

※提携医療機関名	うえまつ整形外科
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記入してください。)	①外科、内科を含む緊急疾患の対処及び概ね月1回の医学的な管理 ②当該病院で対処困難な場合における医療機関の紹介
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(具体的に記入してください。) 平成17年3月15日 健康保険組合連合会、介護福祉サービス相談室の相談員を受け入れました。 <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、都道府県知事に届け出るものとする。