

認知症対応型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	6	3	0	0	1	3	2
※グループホーム名	グループホームいつみのいえ									
	グループホーム愛の家									
※事業主体名(法人名)	有限会社 園田福祉サービス					※代表者		園田 タヅ子		

(2) ※事業の目的及び運営方針

適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護に対し、適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

専門スタッフにより、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行い、介護職員は、代理家族として家庭に近い環境や雰囲気の中で認知症の進行を抑制し、落ち着いた安らぎのある共同生活を提供し、良いスタッフと良い環境の中で、幸福感と安心感を持っていただき、褒めること、あたたかさ、思いやり、幸せ、笑いをモットーにケアを行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 899-8212) 鹿児島県曾於郡大隅町月野1562番地3		
※連絡先	電 話	0994-71-2220	FAX 0994-71-2388
交通の便 (最寄りの交通機関)	バス停徒歩5分		
開設年月日	平成15年4月23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	特になく 白地
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(木造平屋)造り
※広さ	敷地面積 (966)m ² 延床面積 A棟(248.24)m ² B棟(237.0)m ² 1室あたりの居室面積 (8.8)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)	(1,100)円	
※保証金の有無(入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有()円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有(期間:)円	<input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食()円 昼食()円 夕食()円 おやつ()円 又は1日(900)円	
※光熱水費(月額)	(170)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	現在はボランティアによる作業で無料	実費相当分
② おむつ代	自己負担	実費相当分
③ その他	受診料	自己負担

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居者人数 (18 名) [男性(2名) 女性(16 名)]
曾於市 14名	
志布志市 2名	要介護1 (5 名) 要介護2 (1 名) 要介護3 (7名) 要介護4 (1名) 要介護5 (4 名)
都城市 1名	
大崎町 1名	年齢 (平均 84 歳) [最低 (67 歳) 最高 (100 歳)]
※入居に当たっての条件	・要介護認定を受けた方で、認知症の状態にあり自宅での生活が困難と認められる方。
退居に当たっての条件	・入院が必要となった場合。 ・はなはだしい挙動や言動により、グループ生活に支障をきたす場合。

(7) 職員の概要(複数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 (A 棟)	総数	(10)名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (8.1名) ・非常勤 (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)()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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (園田 タヅ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格 (介護支援専門員 ・ 介護福祉士 ・ ヘルパー2級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(9年 7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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (園田タヅ子)	資格 (介護支援専門員 ・ 介護福祉士 ・ ヘルパー2級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(9年 7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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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) 看護師 (2名) ヘルパー(2級) (3名) その他(3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 (0名) (専門課程) 受講済者 (0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ()名 受講済者 (0名) ()名 受講済者 (0名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 () 職員の中から、いわゆる 「ホーム長」さだめられて 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	

(7) 職員の概要(複数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 (B 棟)	総数	(9)名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (8名) ・非常勤 (2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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (園田 タヅ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格 (介護支援専門員 ・ 介護福祉士 ・ ヘルパー2級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(9年 7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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (今村 睦子)	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(7年 7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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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) 看護師 (2名) ヘルパー(1,2級) (4名) その他 (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 (0名) (専門課程) 受講済者 (0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ()名 受講済者 (0名) ()名 受講済者 (0名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 () 職員の中から、いわゆる 「ホーム長」さだめられて 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ()()	

(7) その他

※提携医療機関名	・津曲胃腸科 整形外科 ・岩川クリニック ・ハッピーデンタルオフィス
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。)	・末吉訪問看護ステーション
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 (具体的に記入してください。)
	<input checked="" type="checkbox"/> 無