

## 痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成 19 年 1 月 22 日現在)

### (1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	9	1	1	0	0	0	1	2
※グループホーム名	グループホームさつま坊津									
※事業主体名（法人名）	有限会社グループホームさつま坊津					※代表者名	代表取締役石堂博司			

### (2) ※事業の目的及び運営の方針

#### 事業の目的

社会的に少子高齢化が進み、地方の町では過疎化が進んでいるなかで、この地域に於いても認知症等の障害によって自立した生活を自宅で続ける事が困難となっている方が多数おられると思う。

そのような認知症を障害に持つ方々と、家庭的な環境を共に作り、日常生活の中で困難となっている事のお世話や、心身の機能訓練を行う事によって、安心と尊厳の保てる生活の場を提供したい。そして、入居者がその個々に有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営む事が出来るよう支援したい。また、入居者のご家族も安心して日常生活を過ごす事ができる様に支援することを目的とする。

#### 運営の方針・方策

- 1 自然環境豊かな坊津の地で、入居者がのびのびとした生活ができる様に心がける。
- 2 地域の方々とふれあえる機会をつくり、催し物などへの参加を積極的に行う。
- 3 入居者が今までしてきた普通の生活（買い物・料理作り・掃除・洗濯・入浴・趣味など）を重んじ、できる事をスタッフと共におこなっていく。
- 4 入居者ひとり一人の居心地のいい場所や時間を作り、ゆったりくつろげる環境を保つ。
- 5 入居者の人格を尊厳し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- 6 入居者個々の心身状況に応じた介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスが提供されるよう心がけて対応する。
- 7 入居者及びその家族に対して、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明を行う。
- 8 スタッフは、提供したサービスが漫然画一とならぬよう配慮し、常に質の管理、評価を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒898-0102) 鹿児島県南さつま市坊津町坊2417番地5			
※連絡先	電 話	0993-67-2612	F A X	0993-67-2611
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス停 栗ヶ野より徒歩5分			
開設年月日	平成18年 3月21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	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造平屋建て ) 造り ( 1階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 2138.32 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 556.10 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 13.537 ) m <sup>2</sup>			
※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)	( 24,000 ) 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 ( 200 ) 円 昼食 ( 300 ) 円 夕食 ( 400 ) 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	ホーム立替、利用料請求に含め徴収	実費相当(2,000~)
②おむつ代	ホーム立替、利用料請求に含め徴収	実費相当
③その他	水道光熱費	1日300円、利用料請求に含め徴収
	寝具	レンタル料、利用料請求に含め徴収

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 18名 ) [男性 ( 3名 ) 女性 ( 15名 )]
	要介護1 ( 5名 ) 要介護2 ( 5名 ) 要介護3 ( 6名 ) 要介護4 ( 2名 ) 要介護5 ( 0名 )
	年齢 (平均 81.7歳) [最低 ( 71歳 ) 最高 ( 92歳 )]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・軽度から中程度の認知症高齢者であること</li> <li>・ある程度、食事の支度、掃除、洗濯等を含め自立していること</li> <li>・共同して家庭生活を過ごせること</li> <li>・要介護度1以上であること</li> <li>・自傷他害の恐れがないこと</li> <li>・常時医療機関において治療をする必要がないこと</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居に当たっての条件を満たさなくなった時</li> <li>・ホームでの支援対応が困難となった時</li> <li>・伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要性があるとき</li> <li>・正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納したとき</li> <li>・利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき</li> <li>・利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき</li> </ul>

(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 ( そ ら の い え )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 7.3 名) ・非常勤 ( 1 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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 ( 新沢 昌子 )	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 うみのいえ ) 資格 ( 介護支援専門員・介護福祉士・保母 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 28 年 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 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践者) <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 ( ) ( )
	計画作成担当者 氏名	資格 ( 介護支援専門員 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 28 年 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 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践者) <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 看護婦 ( 2 名) その他 ( ホームヘルパー2級 ) ( 3 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 (管理者) 受講済者 ( 名) (実践者) 受講済者 ( 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 社会福祉士会南薩地区支部研修会 ) 受講済者 ( 4 名) ( 薩摩半島地区グループホームスタッフ研修会) 受講済者 ( 3 名)
	(再掲) ホーム長(注) 氏名 ( 阿部 栄 ) 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 ( 社会福祉主事・介護支援専門員 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 3 年 4 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 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践者) <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 ( 平成18年度介護支援専門員基礎研修 ) ( )

(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	南さつま市立坊津病院・溝口クリニック・草野歯科
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記入してください。)	南さつま市特別養護老人ホーム和楽苑との支援・受入先として協力福祉施設の確約を結んでいる。
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 ( 8 時～ 18 時) 原則として <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 checked="" 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。