

別添 2

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13年4月1日現在)

1) 事業主体の概要

<u>グループホーム名</u>	グループホーム エーデル土山	事業主体名	社会福祉法人あいの土山福祉会
		代表者名	理事長 廣沢 晃

2) 事業の目的及び運営の方針

別添運営規程、第1条(事業の目的)・第2条(運営の方針)による。

3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒528-0211 滋賀県甲賀郡土山町北土山2062 TEL 0748-66-1911 FAX 0748-66-1913		
交通の便(最寄りの交通機関等)	吉川停留所下車徒歩2分		
開設年月日	平成11年4月1日	<u>ユニット数と利用定員</u>	(1)ユニット 利用定員(5)人
<u>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。)</u>	特別養護老人ホーム エーデル土山		

4) 建物の概要

<u>都市計画法上の用途地域</u>	都市計画区域 第一種住層住居専用地域		
<u>建物形態</u>	単独型	<input checked="" type="checkbox"/>	併設型
<u>建物構造</u>	(鉄筋コンクリート)造り(2階建ての2階部分)		
<u>広さ</u>	敷地面積(5410.32)m ² 延床面積(2402.78)m ² 併設部分含む 1室あたりの居室面積(13.1)m ²		
<u>二人部屋の有無</u>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無

5) 利用料等(入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		無
	有の場合償却の有無	無
<u>食費</u>	朝食()円 昼食()円 夕食()円 おやつ()円 又は1日(780)円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額 (円)
理美容代	業者からの請求書をうけ、個々の預り金より支払	1,000円/1回
おむつ代	月末締め翌月27日に振替もしくは納付書により徴収	パット 30円 フラット 40円 紙パンツ 110円 紙オムツ 100円
共益費	同 上	400円/1日
電気使用料	同 上	20円
レク・クラブ費	同 上	原材料の実費

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(5名) (男性(0名) 女性(5名))
	要介護1(1名) 要介護2(2名) 要介護3(2名) 要介護4(名) 要介護5(名)
	年齢(平均 84.4歳) (最低 81歳) (最高 87歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	要介護状態であり、軽度の痴呆であると認められる者。 自立した共同生活を営むことができる者。
退居に当たっての条件	要介護状態ではなくなった者。入院加療を要する状態になった者。 共同生活をするのに困難になった者。

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	総数	(20名)
		(内訳)・常 勤(専任1名) (兼務1名) ・非常勤()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) 勤務時間数には、宿直時間数は含まない。
	夜間の体制	専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 特別養護老人ホームエーデル土山) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(2名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直(1名)
	管理者 氏名(福田 知一郎)	専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 特別養護老人ホームエーデル土山) 資格(介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(3年) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名(無し)
	計画作成担当者 氏名(岡田 重美)	資格(介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(4年) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名(無し)
その他の職員	資格 介護福祉士(7名) 看護婦()名 その他()(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 ・上記の研修の他に受講した研修名(無し)	

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	田崎医院 土山歯科
市町村との連携状況 (事業を委託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	
入居者家族会等の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (8時30分～20時) 無 <input type="checkbox"/>
介護相談員注)等の受入状況	有 (具体的にご記入下さい。)
	<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。

- (1) 欄のある箇所は、どちらかをレ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、介護保険法施行細則第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に届け出るものとする。