

(別添2)

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 2月 13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	4	3	7	3
※グループホーム名	はっぴー									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 恵会					※代表者名	松村 武久			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<ul style="list-style-type: none">・ 生きがいのある生活実感が持てるよう社会から隔離せず、その人らしい生活を送る。・ 残存能力を大切に維持し、高めていくための介護計画を作成する。・ 入居者の権限と人権を守る。・ 地域との結びつきを重視し、地域活動にも積極的に参加する。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144) 鹿児島市下福元町9558番地27			
※連絡先	電話	099-262-5505	FAX	099-262-5575
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 坂之上駅より3km(車で5分) 錦江台小学校より、錦江高原ホテル方面へ左折し慈眼寺ゴルフを 右折し、100m。			
開設年月日	平成17年 8月 1日	※ユニット数 と利用定員	(1) ユニット 利用定員(9)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。)	特別養護老人ホーム デイサービスセンター ホームヘルプサービス ショートステイ	在宅介護支援センター 訪問入浴介護 居宅介護支援事業所		

(4) 建物の概要

※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(木造平屋) 造り (階建ての 階部分)
※広 さ	敷地面積 (692.97) m ² 延床面積 (577.00) m ² 1室あたりの居室面積 (8.58) 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)	(40,000 1400 円×1ヶ月) 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 (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	実費		
②おむつ代	実費		
③その他	医療費	実費	
	日用品・趣味娯楽費	実費	
	光熱水費	介護保険の1割負担と合わせて、15日締めで翌月請求	400 円×1ヶ月

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (3 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (1名) 要介護2 (3名) 要介護3 (5名) 要介護4 (0名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 86歳) [最低 (77歳) 最高 (98歳)]
※入居に当たっての条件	介護保険制度の要介護認定を受けていらっしゃる方で要介護1以上の方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定によって要支援、自立と認定された場合 ・入居者が病気の治療等により、長期にホームを離れることが決まり、移転先の受け入れが可能となった時

(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	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (7 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 (松下 八千代)	■専任 □兼務 (兼務の施設名) 資格 (□看護師等 ■介護福祉士 □介護支援専門員 ■その他 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7 年 9 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 □受講済 ■未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (新介護保険セミナー)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (■看護師等 □介護福祉士 ■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (5 年) 8 月 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護実務者研修 ■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 (2) 名 看護師 (名) その他 (ヘルパー2級) 4名) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 (0 名) [17年度以降]・認知症実務者研修 受講済者 (0 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者 (0 名) () 受講済者 (名)
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 (松下 八千代) 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 (□看護師等 ■介護福祉士 □介護支援専門員 ■その他 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7 年 9 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護実務者研修 □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (新介護保険セミナー)	

(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	三宅病院 坂之上生協クリニック 浜田しのぶ歯科
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。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成17年12月18日予定
家族の面会時間設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9 時～ 21 時) <input 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18年1月12日(木)第1回介護相談員訪問
	<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。