

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 3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	3	0	0	6	7	4
※グループホーム名	グループホームはあと									
※事業主体名(法人名)	特定非営利活動法人 なごみの森福社会					※代表者名		森元美隆		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者の人権が尊重され、自立された生活を送ることができるよう援助することを目的とする。
 そのためには、入居者の過去の生活歴を理解し、大切にし、自分の家で過ごしていると思える様な、気持ちを込めた援助、心に寄り添う援助を行っていく。
 また、地域の住民やボランティア、施設などとも連携し、地域一体となったグループホームづくりをしていく。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-0046) 鹿児島県鹿屋市横山町 1974 番地 3			
※連絡先	電 話	0994-31-9101	F A X	0994-48-3315
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス鹿屋大根占線 横山バス停より徒歩3分			
開設年月日	平成 15年 4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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	無指定地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木) 造 (1階建ての 1階部分)			
※広 さ	敷地面積 (513) m ² 延床面積 (314.07) m ² 1室あたりの居室面積 (9室中8室 11.28) m ² (9室中1室 11.73) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(15,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input 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 (日額)	朝 食 (150) 円 昼 食 (250) 円 夕 食 (300) 円 おやつ (100) 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	翌月に現金または口座振込みによる支払い	実費負担
②おむつ代	翌月に現金または口座振込みによる支払い	実費負担
③ そ の 他	水道光熱費	翌月に現金または口座振込みによる支払い 300円/日
	尿取りパット	翌月に現金または口座振込みによる支払い 実費負担
	受診代	翌月に現金または口座振込みによる支払い 実費負担

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (4 名) 女性 (5 名)]
	要介護1 (6名) 要介護2 (2名) 要介護3 (1名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均87.1歳) [最低 (74歳) 最高 (97歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の状態にあり、かつ要介護1以上の被認定者であること。 ・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ・自傷他害の恐れがないこと。 ・常時医療機関において治療をする必要がないこと。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護の認定更新において、入居者が自立もしくは要支援と認定された場合。 ・利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅滞した場合。 ・入居申込時、あるいは契約締結時に虚偽があった場合。 ・入居者が3ヶ月以上の入院が明らかになった場合。 ・寝たきり状態になるなどの理由で、共同生活継続が困難になった場合。

(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 (グ ル ー プ ホ ー ム は あ と)	総数	(1 1) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7.2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)(291.2)時間÷40時間=常勤換算数(7.2名) (注)勤務延時間数には、夜勤時間数は含まない。
	夜間の体制	<input 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 (森元美隆)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(社会福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(7 年 2 か月) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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(社会福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(7 年 2 か月) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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()名 看護師(名) その他 (ホームヘルパー1・2級)(5 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]・認知症介護 実践者研修 <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 () 受講済者(名) () 受講済者(名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (森元洋子) 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(ホームヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数(5 年 4 か月) 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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 () ()	

(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	宮園クリニック おばま病院 小林クリニック ひがし歯科
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 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 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。) サービス提供者であるグループホーム職員や、入居者及び家族からの相談にいつでも応じてもらえるように、常に受け入れ体制を整えている。
	<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。