

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 1 月 20日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	5	2	0	0	1	6	8
※グループホーム名	グループホーム明倫館Ⅱ									
※事業主体名(法人名)	特定非営利活動法人 新生活環境研究所					※代表者名		大塚 謙介		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>目的：特定非営利活動法人 新生活環境研究所が開設するグループホーム明倫館が行う認知症対応型共同生活介護従業者が、要介護者に対し、適切な認知症対応型共同介護事業を提供することを目的とする。</p> <p>方針：指定認知症対応型生活介護は、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当、適切に行う。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-5241) 鹿児島県始良郡加治木町木田5348番地148			
※連絡先	電 話	0995-62-0570	F A X	0995-63-4364
交通の便 (最寄り交通機関等)	J R九州日豊本線 錦江駅より徒歩 15 分			
開設年月日	平成 16 年 1 月 7 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	第 2 種住居専用地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1608) m ² 延床面積 (307.2) m ² 1室あたりの居室面積 (7.88) 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)		(17,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)		□有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
有の場合償却の有無		□有 (期間:) 円	□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		実費徴収	
②おむつ代		実費徴収	
③その他	水道光熱費	月初に一括請求	1日当たり 500 円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (2名) 女性 (7 名)]
	要介護 1 (3名) 要介護 2 (3名) 要介護 3 (3名) 要介護 4 (名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 88.4 歳) [最低 (80 歳) 最高 (96 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の要介護 1 から 5 の認定を受け、また痴呆の診断受診のわかるもの ・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の報告 ・身元保証人の確認と承諾
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑をかける恐れのあるとき ・利用料その他支払いを怠って、その滞納額が 2 ヶ月に達したとき ・不正の手段によって入居したとき ・提出書類などに虚偽の申告があったとき ・事業所の指示又は、指導に従わなかったとき ・疾病にて他の施設へ入院する場合、2 週間以上に及ぶ際は、一時退去扱いとする

(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。)

ユニット名 (グループホーム明倫館2)	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (5.3 名) ・非常勤 (7 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)(160)時間÷40時間=常勤換算数(4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 (山崎文枝)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 グループホーム明倫館I) 資格 (介護支援専門員) 認知性高齢者のケアの経験年数 (6 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 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 (グループホーム管理者研修)
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (4 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 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 看護婦 (2 名) その他 (6 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 (名) (専門課程) 受講済者 (名) ・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 () 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 () 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 (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 () ()	

(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	大井病院・山中歯科
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 checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (原則10時~20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。) 派遣があれば応じる
	<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。