

## 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4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	0	6	0	0	1	4	9
※グループホーム名	グループホーム は ま な す									
※事業主体名(法人名)	医療法人 互舎会					※代表者名		松元 寛仁		

### (2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症対応型共同生活介護従業者が要介護者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護サービスを提供することを目的とし、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化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とともに、利用者が家庭的環境のもとで安心と尊厳のある生活を営むことを支援する。

### (3) 組織の概要

※所在地	(〒899-1131) 鹿児島県阿久根市脇本9093番地2									
※連絡先	電話	0996-75-0320				FAX	0996-75-0320			
交通の便 (最寄りの交通機関等)	・折口駅より車で10分    ・阿久根駅より車で20分 ・槌之浦西バス停より徒歩10分									
開設年月日	平成 14 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ください。)	脇本病院 ・季節の行事やレクリエーションを行うための場所、スタッフを提供する。 (花見、潮干狩り、夏祭り、敬老会、クリスマス等)									

### (4) 建物の概要

※都市計画上の用途地域	指定地域外									
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型									
※建物構造	( 鉄筋 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分 )									
※広 さ	敷地面積 ( 3,308 ) m <sup>2</sup>					延床面積 ( 280.8 ) m <sup>2</sup>				
	1室あたりの居室面積 ( 12.4 ) 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)	( 7,800 ~ 8,060 ) 円	260円/日
※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 checked="" type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 ( 200 )円 昼食 ( 300 )円 夕食 ( 300 )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
① 理美容代	・主に近隣の理美容室に家族に連れて行って頂く。	
② おむつ代	・家族に持ってきて頂く。はまなすで購入の場合は実費精算する。	
③ レク材料代	・実費精算	
④ 水道光熱費	・利用実績に応じて翌月に請求し、その他の利用料金とともに徴収。	100円/日(3,000円/月)
⑤ 車使用料金	・協本病院以外の受診時の車使用料金は実費精算	

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状況	入居人数 ( 9 名 ) [ 男性 ( 名 ) 女性 ( 9 名 ) ]
	要介護1 ( 5 名 ) 要介護2 ( 3 名 ) 要介護3 ( 1 名 )
	要介護4 ( 名 ) 要介護5 ( 名 )
	年齢 ( 平均 82.5 歳 ) [ 最低 ( 70 歳 ) 最高 ( 89 歳 ) ]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、認知症状態にある事(医師の診断)</li> <li>・現在、要支援2、要介護度(1~5)の認定を受けている事</li> <li>・少人数による共同生活が可能なる方</li> </ul>
退去に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護度が改善し、要支援1又は自立となった時</li> <li>・医療施設への入院治療が必要となった時</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。)

ユニット名	総数	( 9 )名 (内訳) ・常勤 (専任 6名) (兼務 名) 常勤換算( 7名) ・非常勤( 3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 ( 大堂 久美子 )	■ 専任 □ 兼務(兼務の施設 ) 資格 ( ■ 看護師等, □ 介護福祉士, ■ 介護支援専門員, ■ その他—ホームヘルパー1級, 防火管理者 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 20 年 か月 ) 認知症介護に関する研修会の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎過程) ■ 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 (身体拘束廃止検討研修)(苦情、事故事例活用研修)(併設病院での感染症対策研修 (グループホームの自己評価・外部評価についての研修)
	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—ホームヘルパー1級, 防火管理者 ) 認知症高齢者のケアの経験年数( 20 年 か月 ) 認知症介護に関する研修会の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎過程) ■ 受講済 □ 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □ 受講済 ■ 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修)(鹿県介護支援専門員協議会研修会) (GH協会研修—家族との関わり)(GH協会研修—地域交流)
	その他の職員	資格 介護福祉士( 名) 看護師等( 名) 介護支援専門員( )名 その他 (ホームヘルパー2級) ( 5 名) (調理師) ( 2 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(基礎過程) 受講済者 ( 0 )名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( 0 )名 ・上記の研修の他に受講した研修名 (老人性認知症に関する研修)(GH協会研修—防災 受講済者( 7 名) (GH協会研修—家族との関わり)(GH協会研修—地域交: 受講済者( 6 名)
(再掲) ホーム長 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( 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(基礎過程) □ 受講済 □ 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □ 受講済 □ 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事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。  
資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(8)その他

※提供医療機関名	医療法人互舎会 脇本病院 よしもと歯科医院
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。)	現在受託している事業はないが、依頼があれば応じる予定
入居者家族会等の有無	<input checked="" 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 checked="" 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、相談等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。