

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17年3月31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	3	1	9	3
※グループホーム名	グループホームほのぼの									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 松恵会						※代表者名	理事長櫻井朝生		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の高齢者が不安なく、家庭的な環境の下で日常生活の世話及び機能訓練を行い、地域での日常的生活を可能とすることを目的とする。 ・認知症高齢者の家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒890-0033) 鹿児島市西別府町1801番地			
※連絡先	電 話	099-283-7112	F A X	099-283-7113
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 松元・伊集院線 池田高校下車 徒歩5分			
開設年月日	平成15年5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 松恵園に併設しており、同園の行事である夏祭り、運動会及び園外活動に参加する事としている。			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	用途地域の指定なし			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨) 造り (平屋1階建ての1階部分)			
※広 さ	敷地面積 (659.08) m ² 延床面積 (305.044) m ² 1室あたりの居室面積 (12.53) 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)	(27,000) 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 (300) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 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	希望により月1回程度	1,000 程度	
②おむつ代	実費 (但し市の支給申請している方あり)		
③その他	水道光熱費	一日300円	1ヶ月9,000円
	個人の嗜好に係る物	実費 (家族から預かり対応している)	
	医療費	実費	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 () 名 女性 (9名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (1名) 要介護3 (4名) 要介護4 (1名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均87歳) [最低 (74歳) 最高 (101歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とする。 ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ② 自傷他害の恐れのないこと。 ③ 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	入居後利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合には、退去してもらう場合がある。その時は利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退去に必要な援助を行うよう努める。

(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 ツ ト 名 一	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (7.75名) ・非常勤 (1 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	<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 (瀬戸口 千鶴)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (栄養士、ヘルパー2級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (4 年 5 か月) 痴呆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 checked="" 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 (瀬戸口 千鶴)	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (栄養士、ヘルパー2級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (4 年 5 か月) 痴呆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 checked="" 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 () ()
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (美容師、調理師、保育士、ヘルパー) (名) 痴呆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) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 月 日) 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) <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。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

※提携医療機関名	田上記念病院 及び 西歯科医院
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。)	現在の所ありません
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。) 平成17年3月10日 2名来所 平成18年3月 7日 2名来所
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。