

# 痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成17年5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	1	0	3	4	4	1
※グループホーム名	ほのぼの家族の里									
※事業主体名(法人名)	(有) エムエー企画					※代表者名	川原眞行			

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>入居者に対し、日常生活における介護等を行うことにより認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、入居者が精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的とします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入居者本人の自由と尊厳を大切にし、持っている残存能力を引き出す為に見守るケアと安らぎをサポートする。</li> <li>地域や自然に触れながら家族的な雰囲気の中で介護、介助を提供し、認知症の状態の改善をはかり、認知症の進行を防ぐ。</li> <li>入居者や家族の様々な期待に誠心誠意応えていく。</li> </ul>
---

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島市吉野町6013-1			
※連絡先	電 話	295-8680	FAX	295-8681
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 東菖蒲谷バス停より徒歩で5分			
開設年月日	平成15年12月11日	※ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員(18)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	市街化調整区域
※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 ( 2階建て )
※広 さ	敷地面積(1,322.32㎡) 延べ面積(437.08㎡) 1室あたりの居室面積(10.13㎡)
※二人部屋の有無	希望があれば受け入れ可能です。

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(25,500) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 ( ) 円	☑無	
有の場合償却の有無	□有 (期間: ) 円	□無	
※食費	朝食 (300) 円 昼食 (300) 円 夕食 (400) 円 おやつ (食費の中より ) 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	月2回検診	本人 (家族の) 希望	5,000 円
	消耗品費		実費
	通院介助		4,000 円以内
		これらの費用は基本的にはホーム側が小遣いとして預かり、(10,000 円程度) 支出の都度、領収を保管、出納帳を記載し、いつでも家族に提示できるようにしています。	

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18) 名 [男性 (4名) 女性 (14) 名]
	要介護1 (1名) 要介護2 (8名) 要介護3 (5名) 要介護4 (3名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均85.2歳) [最低 (78歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護1以上の方、おおむね身辺自立ができており共同生活可能な方。</li> <li>・ 契約書及び重要事項説明書の中に定めた事を遵守下さい。</li> <li>・ 連帯保証人に一人立つて頂きます。</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人及び家族の意思で退所する場合は30日の予告期間を置いてください。</li> <li>・ 他の入居者に著しい迷惑行為等、共同生活することが困難と医師や事業者が判断した場合。</li> <li>・ 入居者が病院または、診療所に入院し、30日以内に退院ができない場合。</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 ツ ト 名 ( 微笑の家 )	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 0名) 常勤換算 (8, 7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)(349)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 type="checkbox"/> 夜勤(1名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	※管理者 氏名 (高城清美)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(11年6ヶ月) 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 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 (痴呆高齢者のケアのあり方) (ガイドライン及び介護保険運営規定の解釈)
	計画作成担当者 氏名 (高城清美)	資格(介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(11年6ヶ月) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (痴呆高齢者のケアのあり方) (痴呆介護の視点)
	その他の職員	資格 介護福祉士(2名) 看護婦(0名) その他 (ヘルパー2級)(6名) 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) 受講済者(0名) (専門課程) 受講済者(0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (痴呆高齢者のケアのあり方) 受講済者(3名) (身体拘束ゼロと介護事故) 受講済者(3名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (朝隈順一) 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( 痴呆性高齢者のケアの経験年数(2年6ヵ月) 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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束ゼロと介護事故)(人事管理セミナー)	

(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。

ユ ニ ツ ト	総数 ( ) (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 ( 6.2名 ) ・非常勤 ( 5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週間の勤務延べ時間数(注)(251)時間÷40時間=常勤換算数 (注)勤務延べ時間数には、宿直時間数は入らない
	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)
名 輝 き の 家	* 管理者 氏名 (高城清美) <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( 介護支援専門員 ) 痴呆高齢者のケアの経験年数 ( 11年6ヶ月 ) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (認知症高齢者のケアのあり方) (介護保険運営のあり方)
	計画作成担当者 氏名 (徳田 綾) 資格 (介護支援専門員) 痴呆高齢者の介護経験年数 ( 6年7ヶ月痴呆介護 ) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講
	その他の職員 資格 介護福祉士 ( 5名) 看護婦 ( 名) その他 ( ヘルパー1級) (1名) (ヘルパー2級) (3名) 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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 ( 痴呆の人の医学的理解) 受講済者 ( 3名) ( 介護予防の口腔ケア) 受講済者 ( 3名)
	ホーム長 氏名 (朝隈順一) 資格 ( ) 痴呆高齢者のケアの経験年数 ( 2年6ヶ月 ) 痴呆介護に関する研修受講歴 ・ 痴呆介護実務者研修 (基礎課程) (専門課程) ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束ゼロと介護事故) ( 人事管理セミナー)

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 明輝会 (内村内科) 特別養護老人ホーム 睦園 介護老人保健施設 ろうけん青空 つかさ歯科
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。)	痴呆に係る鹿児島市の主催する事業等に協力することを 確約しています。
入居者家族会等の有無	有り
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 午前9時から18時となっておりますが、自由 です。
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19日鹿児島市より2名派遣  <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。