

# 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 11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	1	1	0	0	1	1	5
※グループホーム名	もうひとつの私の家 なでしこ									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 野の花会					※代表者名	理事長 吉井敦子			

## (2)※事業の目的及び運営の方針

<p>(目的)</p> <p>①地域において、認知症老人に共同で小規模な生活の場を提供し、より家庭に近い環境の中で暮らすことにより、認知症の予防・改善を図る。</p> <p>②保健・医療・福祉関係者を含めた地域住民への理解、そして認知症の早期対応の体制を整備、加えて認知症老人に対するサービス基盤の充実を図る。住み慣れた地域での生活を支援する。</p> <p>(運営の方針)</p> <p>①生活者としての視点の中に「心の癒し」を実践し、豊かな生活の中から一人一人の「暮らし」を再現できるサービス</p> <p>②「福祉文化の創造」～福祉に文化を～</p> <p>③「生きる喜びを支えるケアの充実」～個々の力を生かせる支援、パーソナルケア</p>
---

## (3)組織の概要

※所在地	(〒 897 - 0001 ) 鹿児島県南さつま市加世田村原一丁目9-6			
※連絡先	電 話	0993-53-8885	FAX	0993-53-8805
交通の便(最寄の交通機関等)	鹿児島交通バス加世田線「保健所前」バス停下車徒歩2分			
開設年月日	平成 9年 10月 1日	ユニット数と利用定員	( 3 )ユニット 利用定員( 27 )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)	老人保健施設ラポール吉井			

## (4)建物の概要

※都市計画法上の用途地域	第2種住居地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	( 鉄筋コンクリート造 )造り ( 3 階建ての 全 階部分)
※広さ	敷地面積( 479.40 )㎡ 延床面積( 796.08 )㎡ 1室あたりの居室面積 ( 12.77 )㎡
※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)	( 24.000 )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 ) <input type="checkbox"/> 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		
品 目	徴収方法	金 額(円)
①理美容代	月ごとに発行する請求書	実費
②おむつ代	月ごとに発行する請求書	実費
③ そ の 他	水道光熱費	月ごとに発行する請求書 日額 350円
	教養娯楽費	月ごとに発行する請求書 日額 200円
	ベッド代	月ごとに発行する請求書 日額 50円
	家具代	月ごとに発行する請求書 日額 50円

## 6) 入居者の概要

※現在の入居者の状態	入居人数 ( 27 名 ) ( 男性( 0 名) 女性( 27 名) )
	要介護1 ( 12 名) 要介護2 ( 11 名) 要介護3 ( 4名) 要介護4 ( 0 名) 要介護5 ( 0 名)
	年 齢 (平均 88 歳) (最低 75 歳) (最高 98 歳)
※入居に当たっての条件	<p>指定認知症対応型共同生活介護の対象者は、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ものとする。</p> <p>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自傷他害のおそれがないこと。 ③常時医療機関において治療をする必要がないこと。</p>
※退居に当たっての条件	<p>事業所は、次の各号の一に該当すると認めるときは、所定の手続きを経て退去の措置を講ずることができる。</p> <p>①入居者または扶養義務者が退所を申し出たとき。 ②継続して在所させることが不相当と認めるとき。 ③施設の秩序を乱したり、他に著しく影響を及ぼすおそれがあるとき。 ④その他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。</p>

(7) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニット毎作成すること。)

(ユニット名) もうひとつの私の家 なでしこ 一階	総数	( 8 )名 (内訳) ・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (7.5)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 ( 松村 日子 )	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 なでしこ1-3階) 資格(介護福祉士・介護支援専門員 ) 認知症高齢者ケアの経験年数( 16 年 ヶ月 ) 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記研修の他に受講した研修名 (管理者研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( )	資格(介護福祉士・介護支援専門員 ) 認知症高齢者ケアの経験年数( 12 年 6ヶ月 ) 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
その他の職員 ( 7名 )	資格 介護福祉士 ( )名 看護師( 1 )名 その他(ホームヘルパー1級・2級) (1・3)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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( )名 ・上記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( ) 認知症高齢者ケアの経験年数( 年 ヶ月 ) 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 ・上記研修の他に受講した研修名 ( ) ( )	

1 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省略できる。

7) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニット毎作成すること。)

( ) ユニット名 もうひとつの私の家 なでしこ 二階 ( )	総数	( 7 )名 (内訳) ・常勤 (専任 6名) (兼務 名) 常勤換算(6.1)名 ・非常勤 ( 2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 type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 なでしこ3階) ■ 夜勤( 0.5名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	※管理者 氏名 ( 松村 日子 )	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 なでしこ1-3階) 資格(介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者ケアの経験年数( 16 年 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記研修の他に受講した研修名 (管理者研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( )	資格(介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者ケアの経験年数( 16 年 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記研修の他に受講した研修名 (管理者研修 ) ( )
その他の職員 ( 6名 )	資格 介護福祉士 ( 1 )名    看護師( )名 その他(ヘルパー2級) ( 3 )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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( )名 ・上記研修の他に受講した研修名 (管理者研修 ) 受講済者 ( 1 )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( ) 認知症高齢者ケアの経験年数( 年 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省略できる。

7) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニット毎作成すること。)

(ユニット名 とうひとつの私の家 などでし「三階」)	総数	( 7 )名 (内訳) ・常勤 (専任 4名) (兼務 名) 常勤換算( 6 )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	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 などでし2階) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 0.5名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	※管理者 氏名( 松村 日子 )	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 などでし1-3階) 資格(介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者ケアの経験年数( 16 年 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記研修の他に受講した研修名 ( 管理者研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名( )	資格(介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者ケアの経験年数( 7 年 6 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 checked="" 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 ・上記研修の他に受講した研修名 ( ) ( )
その他の職員 ( 6名 )	資格 介護福祉士 ( )名    看護師( )名 その他(ホームヘルパー1級・2級) ( 1・3 )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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( )名 ・上記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( ) 認知症高齢者ケアの経験年数( 年 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省略できる。

