

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 7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	5	5	0	0	0	6	2
※グループホーム名	グループホームみぞべ									
※事業主体名(法人名)	(有) ふれあい企画					※代表者名		後藤博孝		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>1.目的 認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び心身の機能能力向上を行うことにより、安心と尊厳のある生活を送り、可能な限り自立した生活ができる様支援します。</p> <p>2.方針 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに個別の介護計画を作成し、入居者が必要とする適切なサービスを提供します。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-6405) 霧島市溝辺町崎森 1891-15		
※連絡先	電 話	0995-58-9220	F A X 0995-58-9228
交通の便 (最寄り交通機関等)	溝辺インターから車で10分 溝辺馬立交差点から車で3分		
開設年月日	平成 14年 10月 20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	無指定		
※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 (2 階建ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1.288) m ² 延床面積 (551.6) m ² 1室あたりの居室面積 (9) 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)	(31.500) 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 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (956) 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	月末締め翌月の現金・銀行振込	実費・職員実施は無料
②おむつ代	月末締め翌月の現金・銀行振込	実費相当額
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 (1名) 女性 (8名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (5名) 要介護3 (2名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 82 歳) [最低 (66 歳) 最高 (95 歳)]
※入居に当たっての条件	1.要介護1以上の被認定者で、かつ認知症の状態であること。 2.少人数による共同生活を、営む事に支障がないこと。
退居に当たっての条件	1.上記入居条件を満たさない者。 2.正当な理由なく、自己の支払うべき費用を滞納したとき。 3.医療上、介護上入所継続が困難と判断されたとき。

(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 (のんびり)	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (9.125 名) ・非常勤 (6 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 (名) □宿直 (名)
	※管理者 氏名 (上温湯ヒロ子)	■専任 □兼務 (兼務の施設名) 資格 (■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 9 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) ■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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (上温湯 ヒロ子)	資格 (■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 9 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) ■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 () ()
その他介護職員 (8) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (2) 名 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー) (3) 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 (1 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 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) □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。

