

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 3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	4	4	9	8
※グループホーム名	グループホームおあしす									
※事業主体名（法人名）	株式会社 メディコープ					※代表者名		福田 光男		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、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日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
(運営の方針)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、解釈通知、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ・ 利用者が自分らしく生活できる環境づくりを第一に考え、みんなで楽しく生活できるホームを目指す。 ・ 利用者一人ひとりの人権と個性、思い出を大切にし、協同と助け合いの精神を大切にするホームづくりを目指し、また、利用者と家族、事業所と家族の結びつきを深め強めるよう努める。 ・ 利用者の人格とその思い出を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境のもとで日常生活が送られるように努める。 ・ 利用者の認知症症状の進行を緩和、若しくは悪化の防止に資するよう、日常生活に必要な援助についてその目標を設定し、計画的に介護を行う。また、パワーリハビリテーションにより介護予防、自立回復を目指す。 ・ 利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わない。 ・ 利用者に対して、懇切、丁寧、公正を基本とし、サービス提供方法など分かりやすい説明に努める。 ・ 地域の行事や活動に利用者と従業者が積極的に参加し、地域密着型の運営に努める。 ・ 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 ・ 常に提供したサービスの質の管理、評価を行うよう努める。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0141) 鹿児島県鹿児島市谷山中央6丁目27番5			
※連絡先	電 話	099 (263) 1771	F A X	099 (263) 1772
交通の便 (最寄り交通機関等)	J R指宿枕崎線「慈眼寺駅」徒歩10分 鹿児島交通6番線「恵比須北」バス停 徒歩1分			
開設年月日	平成17年 8月3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。)	ありません。			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第1種住居地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨) 造り (3階建ての1、2、3階部分)			
※広 さ	敷地面積 (344.39) m ² 延床面積 (534.37) m ² 1室あたりの居室面積 (9.96 m ² : 8室、10.05 m ² : 6室、10.14 m ² : 4室)			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等（入居者の負担額）

※家賃（月額）	（ 30,000 ）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（ ）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			
名目	徴収方法	金額（円）	
①理美容代	月ごとに他の利用料と併せて徴収	実費相当額	
②おむつ代	月ごとに他の利用料と併せて徴収	実費相当額	
③ その他	水光熱費等	月ごとに他の利用料と併せて徴収	12,000円（月額）

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 18名）〔男性（ 6名） 女性（ 12名）〕
	要介護1（ 4名） 要介護2（ 5名） 要介護3（ 6名） 要介護4（ 2名） 要介護5（ 1名）
	年齢（平均81.7歳）〔最低（ 64歳） 最高（ 95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 (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) 医療機関において常時治療をする必要がないこと。
退居に当たっての条件	次の各号に該当する時は退居してもらう場合がある。 (1) 入居後利用者の状態が変化し、入居条件に該当しなくなった場合 (2) 長期に施設を利用しない場合 (3) 利用料等の支払いが滞った場合

(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 (第 一 ユ ニ ツ ト)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 0名) 常勤換算 (6.5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 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 (坂下 税)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員、社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (6年 11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 (管理者研修) <input 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 ()
	計画作成担当者 氏名	資格 () 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 (基礎課程) <input 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師 (0名) その他 (准看護師、訪問介護員2級) (5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 (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 (ガイドヘルパー:重度脳性まひ等全身性障害者 重度視覚障害者) 受講済者 (1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 (基礎課程) <input 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 () ()	

(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。

(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 (第 二 ユ ニ ツ ト)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 0名) 常勤換算 (6.5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 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 (第1ユニットと兼務)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 () 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 (基礎課程) <input 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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 7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 (実践者研修) <input 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師 (0名) その他 (訪問介護員2級、准看護師) (5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 (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 () ()
(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 (基礎課程) <input 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 () ()	

(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。

(8) その他

※提携医療機関名	総合病院鹿児島生協病院 谷山生協クリニック（医科） 谷山生協クリニック（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。）	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有（予定） <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 7時～ 20時） <input type="checkbox"/> 無
介護相談員（注）等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有（具体的に記入してください。） 鹿児島市役所介護保険課派遣介護相談員2名受入 平成17年12月5日（月） 1、2ユニット合わせて11名の入居者様と対話される。
	<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。