

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 18 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	6	5	6
※グループホーム名	グループホーム あおば									
※事業主体名(法人名)	有限会社 オフィスセントラル					※代表者名		肥後 武史		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>要介護状態にあつて痴呆の状態にある者に対し、適正な指定痴呆対応型共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。</p>
---

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0861) 鹿児島市東坂元2丁目31番3号			
※連絡先	電 話	099-248-5511	F A X	099-248-5500
交通の便 (最寄り交通機関等)	市営バス 辻が丘団地バス停より徒歩3分			
開設年月日	平成16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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第2種中高層住宅専用地域		
※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 1,2 階部分)		
※広 さ	敷地面積 ( 273.07 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 263.93 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 8.6 ) m <sup>2</sup>		
※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)	( 36,000 ) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	■有 ( 200,000 ) 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 又は月額 ( 30,000 ) 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	必要に応じて、利用料にて請求	2,000
②おむつ代	必要に応じて、利用料にて請求	一枚 100 パット一枚 50
③その他	水道光熱費	利用料にて請求 月額 9,000

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 7 名) [男性 ( 1名) 女性 ( 6名)]
	要介護1 ( 1名) 要介護2 ( 4名) 要介護3 ( 0 名) 要介護4 ( 2名) 要介護5 ( 0名)
	年齢 (平均 85 歳) [最低 (78 歳) 最高 ( 91 歳)]
※入居に当たった条件	要介護1以上の要介護認定者でかつ痴呆状態にあるもの  少人数による共同生活を営むのに支障がないこと
退居に当たった条件	要介護認定によりご利用者の心身状況が自立又は要支援と判定された場合

(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。)

ユニット名	総数	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 (6.75名) ・非常勤 ( 2名) ・印の勤務時間を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)(253)時間÷37.5時間=常勤換算数 (6.75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 ( 1名) □ 宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 (松浦 典子)	■ 専任 □ 兼務(兼務の施設 ) 資格(介護福祉士・介護支援専門員 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 7年 7か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(基礎過程) ■ 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	資格(介護福祉士・介護支援専門員 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 7年 7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(基礎過程) ■ 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 ( 6 ) 名	資格 介護福祉士 ( 1 ) 名 看護師等 ( 0 ) 名 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他(ヘルパー1級) ( 2 ) 名(ヘルパー2級) ( 2 ) 名 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修(基礎過程) 受講済者 ( 0 ) 名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( 0 ) 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(基礎過程) □ 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事者に対する指揮命令権を管理者に次いで有するもの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	肥後クリニック 中央病院 宮ノ下歯科クリニック 老健「あさひ」 特老「陽光苑」 ケアハウス「寿楽苑」
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。)	必要に応じて市町村とは連絡をとります。
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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( 8時30分 ~ 20時 ) <input 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。 事前に連絡があれば受け入れます。 <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。