

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	0	1	0	2	5	3	4
※グループホーム名	グループホームいこいの広場									
※事業主体名(法人名)	有 限 会 社					※代表者名	安 庭 利 英			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>認知症状態にある高齢者が、少人数で家庭的な雰囲気の中で、共同生活を送ることで、認知症の進行を遅らせ、精神的に安定した生活ができるよう、支援します。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144) 鹿児島市下福元町5273番地1			
※連絡先	電 話	099-210-8230	F A X	099-210-8231
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 坂之上駅から徒歩2分			
開設年月日	平成13年10月25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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第一種低層住宅			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 1階建ての 1階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 660 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 198 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.0 ) 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)	( 一日 800 ) 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 checked="" type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 ( ) 円 昼食 ( ) 円 夕食 ( ) 円 おやつ ( ) 円 又は1日 ( 850 ) 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	希望者には、理美容師が来訪します。1回2000円で希望者のみ調髪します。	2,000円程度
②おむつ代	オムツ費用は本人実費負担	多い方で5,000円程度
③その他		

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 8名 ) [男性 ( 3名 ) 女性 ( 5名 )]
	要介護1 ( 1名 ) 要介護2 ( 3名 ) 要介護3 ( 2名 ) 要介護4 ( 2名 ) 要介護5 ( 0名 )
	年齢 (平均 75.5歳) [最低 ( 66歳 ) 最高 ( 86歳 )]
※入居に当たっての条件	1、寝たきりなど主に身体介護必要な方は、入居できない場合があります。 2、費用の負担、契約、緊急時の連絡などのために、原則として1人保証人に立っていただきます。
退居に当たっての条件	1、病状が悪化して、集団生活に耐えられないと判断されたときは、退去をお願いすることがあります。なお、その際には、協力医とも協議の上、入院先を確保するよう努力します。 2、本人及び家族の意向で退所しようとするときは、少なくとも一週間前に施設に申し出ていただくことにします。 3、個人の物品は、本人もしくは家族の責任で全てお引取りくださるか、廃棄してください。当施設では、廃棄等を行いませんが、希望があれば、実費で物品の引き取り廃棄を行う業者を紹介いたします。

(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 (	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 8. 0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) ( ) 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 ( 安庭 利英 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( 介護福祉士 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 10年 5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) <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 ( ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( 鳥丸裕美子 )	資格 ( ケアマネージャ ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 11年 5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) <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 ( ) ( )
	その他の職員	資格 介護福祉士 ( 3 ) 名 看護婦 ( 4 名) その他 (精神保健福祉士・1級ヘルパー) ( 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 ( ) 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 ( ) 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) <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	坂之上生協クリニック 坂之上病院
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。)	現状ではありません
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 (8:00時~19:00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。)  介護相談員については、平成16年12月・平成18年2月14日に受け入れました。  今後も、介護相談員については積極的に受け入れたいと考えています。
	<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、都道府県知事に届け出るものとする。