

認知性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成19年1月31日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	3	2	0	0	0	6	1
※グループホーム名	グループホーム あったかハウス郡山									
※事業主体名(法人名)	医療法人 誠心会				※代表者名	理事長 前原くるみ				

(2) ※事業の目的及び運営の方針

「認知症状により低下している日常生活動作の維持改善」「認知症状による不安と精神的混乱の解消」「自分らしく安心して生活を送れること」を目標に、家族・地域・職員とのやさしいふれあいを大切にして、家庭復帰ができるようお世話させていただきます。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 8 9 1－1 1 0 6) 鹿児島市西俣町 2 1 0			
※連絡先	電 話	099-245-6311	F A X	099-245-6312
交通の便 (最寄り交通機関等)	路線バス「有屋田下停留所」より徒歩 5 分			
開設年月日	平成 1 4 年 9 月 1 7 日	※ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員 (1 8) 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	都市計画区域内の無指定地域			
※建物形態	■単独型 □併設型			
※建物構造	(重量鉄骨) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (3,092.00) m ² 延床面積 (449.57) m ² 1室あたりの居室面積 (9.1) m ²			
※二人部屋の有無	□有 ■無			

(5) 利用料等（入居者の負担額）

※家賃（日額）	（ 5 5 0 ） 円		
※保証金の有無（入居時一時金）	■有（ 3 0 , 0 0 0 ） 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（ 8 0 0 ） 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	利用者のみ直接支払い	実費	
②おむつ代	〃	〃	
③その他	日用品費	〃	
	管理費	〃	
	寝具代	希望者のみ利用者と業者が直接契約している	7 0 円／日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 1 8 名） 〔男性（5名） 女性（13名）〕
	要介護1（ 0名） 要介護2（ 5名） 要介護3（ 6名） 要介護4（ 5名） 要介護5（ 2名）
	年齢（平均88歳） 〔最低（66歳） 最高（97歳）〕
入居に当たっての条件	1. 要介護認定を受けている方 2. 医師の診断で認知症高齢者と認められた方 3. 家庭での生活が困難で、おおむね身の自立が可能で共同生活を送ることに支障のない方
退居に当たっての条件	1. グループホームでの共同生活が困難になったとき 2. 利用料の延滞が生じたとき 3. その他、契約記載事項に違反があったとき

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

ユ ニ ツ ト 名 （ コ ス モ ス ）	総数	（ 6 ）名 （内訳）・常勤（専任 6 名） （兼務 名） 常勤換算（ 6 名） ・非常勤（ 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）（168）時間÷40時間＝常勤換算数（4.2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 名） ■夜勤（ 1 名） ■宿直（ 1 名）
	※管理者 氏名 （ 石丸 裕子 ）	■専任 □兼務（兼務の施設名 名） 資格（ヘルパー 級） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 9 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 （専門課程） □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 （ 稲盛 由美 ）	資格（介護福祉士 級） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 9 年 1 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 （専門課程） ■受講済 □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（ヘルパー1級）（1名）（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） （専門課程） 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（ ） 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 （専門課程） □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。

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

ユ ニ ツ ト 名 （ ひ ま わ り ）	総数	（ 7 ）名 （内訳）・常勤（専任 7 名） （兼務 名） 常勤換算（ 7 名） ・非常勤（ 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）（168）時間÷40時間＝常勤換算数（4.2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 名） ■夜勤（ 1 名） ■宿直（ 1 名）
	※管理者 氏名 （ 石丸 裕子 ）	■専任 □兼務（兼務の施設名 名） 資格（ヘルパー 名） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 9 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 （専門課程） □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 （ 石丸 裕子 ）	資格（ヘルパー 名） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 9 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 （専門課程） □受講済 ■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（ 4 ）名 看護師（ 1 名） その他（ヘルパー2級 ）（ 1 名）介護支援専門員（1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 （ ） 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） □受講済 □未受講 （専門課程） □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。

[illegible]

(留意事項)

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。

2007/05/16 11:36 AM