

## 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 4 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	4	7	4
※グループホーム名	グループホーム さくら荘									
※事業主体名(法人名)	有限会社 にこやかライフ					※代表者名		池満 徹		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症を持つ高齢者が、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。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144) 鹿児島市下福元町5853番1			
※連絡先	電 話	099-284-2330	FAX	099-284-2331
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 国際大学前バス停			
開設年月日	平成16年 1月 9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。)	無し			

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第1種低層住居専用地域		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 2階建ての1階及び2階部分 )		
※広 さ	敷地面積 ( 973.17 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 599.94 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.2 ) 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)	( 25,500 ) 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 ( 250 ) 円 昼食 ( 350 ) 円 夕食 ( 400 ) 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	1回2,800円から3,000円程度	月3,000円程度	
②おむつ代	持ち込みで良い。又は実費相当額		
③その他	水道光熱費	冷暖房経費 日額550円	月16,500円
	通院介助費	提携医療機関以外の場合1回4,000円以内	
	レクリエーション等経費	実費相当額	
	徴収方法	月末締め切り翌月20日口座振替払いによる	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 17名 ) [男性 ( 7名 ) 女性 ( 10名)]
	要介護1 ( 2名 ) 要介護2 ( 11名 ) 要介護3 ( 3名 ) 要介護4 ( 1名 ) 要介護5 ( 名 )
	年齢 (平均 84歳) [最低 ( 67歳 ) 最高 ( 94歳)]
※入居に当たっての条件	<p>1. 寝たきりなど主に身体的な介護が必要な方は、入居できない場合があります。</p> <p>1. 重要事項説明書、入居契約書締結後入居できます。</p> <p>1. 費用負担、契約、緊急時の連絡の為、原則として、ご家族の中から、1名連帯保証人に立つて頂きます。</p>
退居に当たっての条件	<p>1. 病状が悪化して、集団生活に耐えられないと、判断去れた時は退所をお願いすることがあります。その際には協力医とも協議の上、入院先を確保します。</p> <p>1. その他退去手続きについては、重要事項説明書、入居契約書等で、詳細に説明致します。</p>

(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。)

	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (7. 1名) ・非常勤 ( 2 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 ( 1名) □宿直 ( 名)
ユ ニ ツ ト 名 ( 二 階	※管理者 氏名 (池満 由紀子)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名 さくら荘 2階 ) 資格 (□看護師等, ■介護福祉士, ■介護支援専門員 ■その他 ホームヘルパー1級 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 11年 11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 (認知症介護実務者研修 専門課程) (介護支援専門員現任研修 )
	計画作成担当者 氏名 (前島 愛 )	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 ( 3年 1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 (介護支援専門員現任研修 ) ( )
)	その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( 2 ) 名 看護師等 ( 0 ) 名 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 ( ホームヘルパー1・2級 ) ( 4 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 ( 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 ( 普通救命講習 ) 受講済者 ( 1 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。

