

## 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17年12月31日現在)

## (1) 事業主体の概要

介護事業所番号	4	6	7	0	1	0	4	9	5	1
* グループホーム名	グループホーム帯迫									
* 事業主体名(法人名)	医療法人明輝会					* 代表者名		内村 隼人		

## (2) \* 事業の目的及び運営の方針

<p>認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従業者が要介護者等に対し適正な認知症対応型生活介護事業を提供することを目的とする。</p> <p>指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。</p>
--

## (3) 組織の概要

* 所在地	(郵便番号892-0871) 鹿児島市吉野町2826番地1			
* 連絡先	電話	099-295-7055	FAX	099-295-7066
交通の便 (最寄の交通機関等)	南国交通吉野線帯迫バス停下車徒歩10分			
開設年月日	平成18年2月1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 あればご記入ください。)				

## (4) 都市計画上の用途地域

* 建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型	<input type="checkbox"/> 併設型
* 建物構造	木造平屋建て	
* 広さ	敷地面積 1,636.61平方メートル	延べ床面積 532平方メートル
	1室あたりの居室面積 10.7平方メートル	
* 二人室の有無	<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)	39,000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
* 食事	朝 食( 200)円	昼 食( 350)円	
	夕 食( 350)円	おやつ( )円	
	又は1日( )円		
* その他の費用と徴収方法			
	名 目	徴 収 方 法	金 額
	①理美容代	お小遣いとして徴収	1000円～1500円程度
	②おむつ代	お小遣いまたはおむつ助成利用	
③ そ の 他			

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居者数 ( 16 名) [男性( 3 名) 女性( 13 名)]
	要介護1( 5 名) 要介護2( 3 名) 要介護3( 6 名)
	要介護4( 1 名) 要介護5( )名
	年齢(平均 85 歳) [最低( 73 歳) 最高(99 歳)]
* 入居に当たっての条件	契約書に記載
退去に当たっての条件	契約書に記載

(7) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること)

A棟

和	総数	(内訳) ・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算( 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( )名 (注)勤務延べ時間数には、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(兼務の施設名 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)
	*管理者氏名 氏名 氏名 日渡 樹理	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格( <input type="checkbox"/> 看護師等、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症性高齢者のケアの経験年数( 6 年 10 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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( <input type="checkbox"/> 看護師等、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症性高齢者のケアの経験年数( 年 月 日 ) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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 看護師等( 1 )名 介護支援専門員( )名 その他 (ヘルパー2級等 ) ( 5 )名 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) 受講済者 ( )名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 さだめられている場合に記入すること	資格( <input type="checkbox"/> 看護師等、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症性高齢者のケアの経験年数( 年 月 日 ) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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 ( ) ( )

(7) 職員の概要(複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること)

A棟

<p>総数</p>	<p>(内訳)                  ・常勤 (専任 8名)                  (兼務 名) 常勤換算( 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( )名                  (注)勤務延べ時間数には、宿直時間数は含まない。</p>	
<p>夜間の体制</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 )  <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤( 1名) <input type="checkbox"/> 宿直( 名)</p>	
<p>* 管理者氏名 氏名 氏名 日渡 樹理</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 )                  資格( <input type="checkbox"/> 看護師等、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員  <input type="checkbox"/> その他 )                  認知症性高齢者のケアの経験年数( 6 年 10 か月)                  認知症介護に関する研修の受講歴                  ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講                  [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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                  ( )                  ( )</p>	
<p>結</p>	<p>計画作成担当者 氏名</p>	<p>資格( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員  <input type="checkbox"/> その他 )                  認知症性高齢者のケアの経験年数( 3 年 11 か月)                  認知症介護に関する研修の受講歴                  ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講                  [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <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                  ( )                  ( )</p>
<p>その他の職員</p>	<p>資格 介護福祉士( 2 )名 看護師等( )名                  介護支援専門員( )名                  その他 (ヘルパー2級等 ) ( 7 )名                  認知症介護に関する研修の受講歴                  ・認知症介護実務研修(基礎過程) 受講済者 ( )名                  [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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</p>	
<p>(再掲) ホーム長(注) 氏名 ( ) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が さだめられている場合に記入すること</p>	<p>資格( <input type="checkbox"/> 看護師等、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員  <input type="checkbox"/> その他 )                  認知症性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                  ・認知症介護実務研修(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講                  [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <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                  ( )                  ( )</p>	

(8)その他

* 提携医療機関名	内村川上内科
	太田歯科医院
	介護老人保健施設ろうけん青空
	介護老人福祉施設睦園
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)	鹿児島市在宅介護支援センター、鹿児島市訪問給食事業
入居家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)当の受入状況	<input type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。)
	<input checked="" type="checkbox"/> 無