

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 8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	4	5	2	2
※グループホーム名	グループホーム ゲンキ館									
※事業主体名 (法人名)	医療法人 サン・レオ会					※代表者名		宮澤 修三		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>要介護状態であって痴呆の状態にあるもの（著しい精神症状や著しい行動異常があるもの、急性期状態にある者を除く）に対して、共同生活住居において、入居者が自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、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。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒890-0052) 鹿児島市上之園町29番地14			
※連絡先	電 話	099-258-7113	F A X	099-258-7115
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR鹿児島中央駅より徒歩10分 市電 都通り電停より徒歩2分			
開設年月日	平成 17年 8月22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。)	通所リハビリテーション事業所 居宅介護支援事業所 内科 甲南クリニック			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第一種住居地域
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄筋コンクリート 鉄骨) 造り (4 階建ての 4 階部分)
※広 さ	敷地面積 (868.73) m ² 延床面積 (383.92) m ² 1室あたりの居室面積 (10.48) m ²
※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)	(31,500~36,000) 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 type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 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	月末締 現金徴収	実費
②おむつ代	月末締 現金徴収	実費
③その他	水道光熱費	月末締 現金徴収 400円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (3 名) 女性 (6 名)]
	要介護1 (2 名) 要介護2 (2 名) 要介護3 (3 名) 要介護4 (2 名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 84.2 歳) [最低 (68 歳) 最高 (92 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者で痴呆の状態にある。 著しい行動異常がなく、少人数による共同生活が営める。
退居に当たっての条件	容態が変わり、入院等医療を必要とするとき。 認定更新において自立もしくは要支援と認定された場合 契約事項を遵守できなくなったとき。

(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 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (6.2) ・非常勤 (5 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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (水川ちさ子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (訪問介護員養成研修二級課程) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (12 年 6 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) <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 checked="" 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 (介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (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) <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 (現任研修専門課程) ()
	その他の介護職員 () 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (介護職員) (7 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 (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 [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 () ()	

(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	内科 甲南クリニック 浜島歯科医院
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。)	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 無

(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。