

## 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9月8日現在)

## (1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	4	0	0	2	1	9	
※グループホーム名	ケル-70ホ-い のか け										
※事業主体名 (法人名)	医療法人 三三知会							※代表者名	尾辻 三郎		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

痴呆の高齢者が不安なく、家庭の環境の下で日常生活上の世話、及び機能訓練を行い、地域での日常生活を可能とする事を目的とする。痴呆性高齢者の家族の身体面、精神面、社会生活面の負担を軽減する。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒898-0023) 鹿児島県枕崎市若葉町85番地		
※連絡先	電話	0993-73-5101	FAX 0993-73-5102
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 本原バス停より徒歩11分		
開設年月日	平成16年4月1日	※ユニット数 と利用定員	( ) 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。)	ナ シ		

## (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	(軽量鉄骨) 造り ( / 階建ての / 階部分)		
※広 さ	敷地面積 ( 368 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 202.25 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10.23 ) 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 ※ 1日 850 円
保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円 ■ 無
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) ■ 無
	朝食 ( 200 ) 円 昼食 ( 350 ) 円 夕食 ( 300 ) 円 おやつ ( ) 円 又は 1日 ( ) 円
その他の費用と徴収方法	
名 目	
理美容代	実費徴収 (月末締め) の 10日請求
おむつ代	形状により実費徴収
水道光熱費	1日 250円
日用品・雑費	実費徴収 (月締め) の 10日請求
乾燥機使用費	1回 100円

## 6)

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 ) 名 (男性 ( 0 ) 名 女性 ( 9 ) 名) ----- 要介護 1 ( 3 名) 要介護 2 ( 5 名) 要介護 3 ( 0 名) 要介護 4 ( 1 名) 要介護 5 ( 0 名) ----- 年齢 (平均 85.1 歳) (最 79 歳) (最高 92 歳)
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の診断書の提出 (介護保険の要介護度の認定を受け、又痴呆の診断・受診状況がわかるもの)</li> <li>・利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の申告</li> <li>・身元保証人の確認と承諾</li> <li>・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。</li> <li>・自傷他害のおそれがないこと。</li> <li>・常時医療機関において治療をする必要がないこと。</li> </ul>
退去に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同生活の秩序を著しく乱し、他の居住者に迷惑を及ぼす恐れのある時。</li> <li>・利用料、その他の支払の滞納が 2ヶ月に及んだ時。</li> <li>・提出書類等に虚偽の申告が判明した時。</li> <li>・施設の指導、指示に従わなかった時。</li> <li>・疾病にて、他施設へ入院し、それが 2ヶ月以上見込まれる際は、一時退去扱いとする。</li> </ul>

7) 職員の概要（複数ユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること）

4 (ユニット名) グループホームわかば	総数 ( 7 名) (内訳)・常勤(専任 6名) (兼務 0 名) 常勤換算 ( 3.7 名) ・非常勤 ( 1 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。 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)
	管理者 氏名 ( 今村 共子 ) ■ 専任 □ 兼務(兼務の施設 ) 資格(介護支援専門員・准看護師 ) 痴呆性高齢者のケア経験年数 ( 7 年 ヶ月) 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 (介護支援専門員実務者研修 ) (認定調査従事者等研修会 )
	計画作成担当者 氏名 ( 今村 共子 ) 資格(介護支援専門員・准看護師 ) 痴呆性高齢者のケア経験年数 ( 7 年 ヶ月) 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 (介護支援専門員実務者研修 ) (認定調査従事者等研修会 )
その他の職員 資格 准看護師 ( 1 名) ホームヘルパー2級 ( 3 名) その他(介護福祉士 1 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 ( 1 名) (専門課程) 受講済者 ( 1 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経験年数 ( 年 ヶ月) 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 ( ) ( )

## 8) その他

提携医療機関名	尾辻病院・草野歯科医院
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、具体的にご 記入下さい)	必要に応じて市町村とは連絡をとります。
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の特定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 9時～ 18時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。 事前の連絡があれば受入れます。
	<input type="checkbox"/> 無