

(調査様式1)

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19年 3月 2日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	1	2	0	0	5	2	7
※グループホーム名	国分府中グループホーム									
※事業主体名(法人名)	医療法人 サンライフ					※代表者名	岩谷 眞宏			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立して営むことができるよう支援する。また家族を対象に介護教室を行ない支援力を高めることを目的とする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-4346) 鹿児島県霧島市国分府中町13-15		
※連絡先	電 話	0995-48-6613	FAX 0995-48-6645
交通の便 (最寄り交通機関等)	霧島国分駅徒歩10分		
開設年月日	平成 18年3月30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。)	国分府中デイサービス 国分外科胃腸科		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域	
※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) 造り (3 階建ての 2 階部分)
※広 さ	敷地面積 (795, 17) m ² 延床面積 (810, 65) m ² 1室あたりの居室面積 (18, 1) m ²
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

(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	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算 (6, 5名) ・非常勤 (3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)(260)時間÷40時間=常勤換算数(6,5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)
	※管理者 氏名 (八重山佐代理)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 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(6 年 0 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (八重山佐代理)	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(6 年 0 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 () ()
	その他介護職員 (7) 名	資格 介護福祉士(1) 名 看護師等(1 名) 介護支援専門員(1) 名 その他 (ヘルパー1級、2級) (3 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(□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。

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(1800円/日×月日数) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	■有 (150000) 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 (1000) 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			
②おむつ代			
③その他	光熱水費	利用料と一緒に徴収	400/日
	居室使用電気代	3ヶ月単位で徴収	メーター×12円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 (2名) 女性 (7名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (2名) 要介護3 (1名) 要介護4 (1名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 88歳) [最低 (76歳) 最高 (95歳)]
※入居に当たっての条件	次の各号を満たす者とする ①少人数による共同生活を営むことに支障のないこと ②自傷他害の恐れがないこと ③常時医療機関において治療をする必要がないこと
退居に当たっての条件	入居後利用者の状況が変化し、入居の条件に該当しなくなった場合は、退居してもらう

(8) その他

※提携医療機関名	国分外科胃腸科 いぢち眼科 清水整形外科 吉永歯科医院 アメニティー国分 嘉祥園
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。)	
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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。