

(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17年10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	2	0	1	0	8	8
※グループホーム名	グループホーム 遊雅の郷									
※事業主体名(法人名)	医療法人 卓翔会					※代表者名	鉾之原大助			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者であって痴呆状態にあるものについて共同生活住居において、家庭的な環境のもとで日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする。 <ul style="list-style-type: none">・ 利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活が送れるようにする。・ 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮する。・ 指定認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮する。・ サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は、その家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行う。・ 当該利用者又は他の利用者等の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。・ 自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-1402) 鹿児島県薩摩川内市入来町浦之名 786 番地			
※連絡先	電 話	0996-21-4500	F A X	0996-21-4501
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR川内駅より車で15分・バス停まで300m			
開設年月日	平成16年12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下さい。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 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) 造り (1 階建ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1963.00) m ² 延床面積 (595.46) m ² 1室あたりの居室面積 (平均 12.22) 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)	(30,000) 円 (30日の場合)	
※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 (900) 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1回程度、外部から専門業者をご利用の場合、個人の預かり金よりお支払いいただきます。	実費
②おむつ代	毎月、個別にお支払いいただきます。	実費
③その他	電気製品使用量	個人的な電化製品をご利用の場合、毎月の利用料と同時に お支払いいただきます。
	水道光熱費	毎月の利用料と同時に お支払いいただきます。
		100円
		250円/日

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (2名) 女性 (16名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (5名) 要介護3 (6名) 要介護4 (2名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 79.9歳) [最低 (55歳) 最高 (97歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定が介護1以上の認知症であり、生活支援により共同生活が可能である方
退居に当たっての条件	要介護認定が要支援状態になった方。生活支援を行っても共同生活が困難な方。

(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 (遊 雅 の 郷 A ユ ニ ツ ト)	総数	(8)名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 (7.5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)
	※管理者 氏名 (仙名二三子)	□専任 ■兼務(兼務の施設名 遊雅の郷Bユニット) 資格(看護師、介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(20年1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 (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 (認知症介護実務リーダー研修)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格(介護支援専門員、看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(20年1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 (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 (認知症介護実務リーダー研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士()名 看護婦(名) その他 (ホームヘルパー等)(7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(名) (専門課程) 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 年月) 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 () ()	

(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。

(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 (遊 雅 の 郷 B ユ ニ ツ ト)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.5 名) ・非常勤 (1 名) ・職員勤務時間を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)
	※管理者 氏名 (仙名二三子)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名 遊雅の郷Aユニット) 資格 (看護師、介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (20 年 1 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 (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 (認知症介護実務リーダー研修)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (介護支援専門員、看護師) 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 ・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 (介護支援専門員事務者研修) ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 () 名 看護婦 (名) その他 (ホームヘルパー等) (7 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 (名) (専門課程) 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) (介護支援専門員現任研修) 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 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 () ()

(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	市比野記念病院 田中歯科医院
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。)	関連市町村からの調査等について積極的に情報提供をいたしております。
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。