

(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12月26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	2	2	5
※グループホーム名	めぐみの丘 冷水									
※事業主体名(法人名)	(株)グロリアコーポレイション					※代表者名	有田 恵子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

顧客満足の向上を目指して、介護サービス品質の充実を徹底します。入居者には残存能力を活かして、生涯個人の尊厳が保たれ自立した人生を送ることを支援します

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0855) 鹿児島市冷水町10-19		
※連絡先	電 話	099-222-7634	FAX 099-222-7634
交通の便 (最寄り交通機関等)	冷水線バス バス停「びくに坂」徒歩1分		
開設年月日	平成17年 3月16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。)	な し		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第二種中高層住宅専用地域		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (1階建ての 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (6262.54) m ² 延床面積 (152) m ² 1室あたりの居室面積 (8、0) m ²		
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(31,500) 円		
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 () 円	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (833) 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	翌月に1ヶ月分まとめて請求	実費分	
②おむつ代	同上	同上	
③その他	水道光熱費	当月に1ヶ月分まとめて請求	15,000 円
	クリーニング代	翌月に1ヶ月分まとめて請求	実費分
	医療費	同上	同上
	個人の希望による介護保険外の送迎費	同上	同上

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (8 名) [男性 (5 名) 女性 (3 名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (1名) 要介護3 (2名) 要介護4 (1名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 85歳) [最低 (66歳) 最高 (96歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症との診断を受けた方 ・ 要介護度1～5までの認定を受けた方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご本人様、ご家族様より退去希望があった場合 ・ 身体的、精神的にホームでの生活が困難となった場合

(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。)

ユニット名 ()	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 0名) 常勤換算 (6 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 職員の1週間の勤務延時間数(注)(40)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 (鈴木大輔)	<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 type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 社会福祉士、精神保健福祉士、認知症ケア専門士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7年 9か月) 認知症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 (<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 社会福祉士、精神保健福祉士、認知症ケア専門士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (7年 9か月) 認知症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]・認知症介護 実践者研修 <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 () ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 (0) 名 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ヘルパー2級) (3) 名 認知症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 (0) 名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 (0) 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 (<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) 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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(8) その他

※提携医療機関名	池之上クリニック 義川歯科
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。)	なし
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。