

(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 18 年 5 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	6	0	0	0	0	8	8
※グループホーム名	グループホームゆめ									
※事業主体名(法人名)	医療法人 財団 浩誠会					※代表者名		杉安 浩一郎		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

何らかの認知状態がみられても、人は穏やかにその人らしく生きていく権利がある。グループホームゆめは、人間の限りない可能性を信じ、認知症の進行予防・自立支援・生活支援を通じて豊かな生活をめざします。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 899-4201) 鹿児島県霧島市霧島田口2143番地			
※連絡先	電 話	(0995) 57-2077	F A X	(0995) 57-2076
交通の便 (最寄り交通機関等)	日豊本線霧島神宮駅より車で8分。林田バス霧島杉安病院前バス停車、徒歩5分。鹿児島空港より車にて30分			
開設年月日	平成14年10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。)	霧島杉安病院(通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・ 介護療養型医療施設)・介護老人保健施設きりしま・訪問看護ステーシ ョンあんしん・居宅介護支援事業所すぎやす			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	指定なし		
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造平屋建コロニアル葺き)造り(1階建ての1階部分)		
※広 さ	敷地面積() m ²	延床面積(466.53) m ²	1室あたりの居室面積(9.9) 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)	(840円/1日×30日=25,200)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 (210)円 昼食 (315)円 夕食 (420)円 おやつ ()円 又は1日 ()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	管理者	毎月10日までに前月分請求書を作成しその月の25日までに支払い。	315円/1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 (3名) 要介護2 (6名) 要介護3 (6名) 要介護4 (2名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均81.3歳) [最低 (61歳) 最高 (94歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定により要支援2から要介護5に認定された要支援・要介護者であり、主治医の診断書等により認知の状態であるとの診断がある者、また、入院や治療を必要としない状態が安定している者。
退居に当たっての条件	① 入居者の症状や心身の状態等の悪化により、入院や治療を必要とする状態になった場合。 ② 入居者の認知の進行に伴い、著しい精神症状や行動異常があり、共同生活が困難な状態となった場合。 ③ 利用者が要介護認定により自立・要支援1と認定された場合

(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 ツ ト 名 (A 棟)	総数 ((8) 名) (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (3.8 名) ・非常勤 (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 (前田 繁) <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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 5 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 5 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 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 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 () 名 資格 介護福祉士 (4) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 (3) 名 その他 () (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 (1 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 (<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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 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 () ()

(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 (棟	総数 (6) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (3.2 名) ・非常勤 (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 (前田 繁) <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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 5 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (13 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 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 ・上記の研修の他に受講した研修名 ()
	その他介護職員 () 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) (5 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 () 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 (<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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 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 () ()

(8) その他

※提携医療機関名	1. 霧島杉安病院 2. 宮内皮ふ科クリニック 3. 中村歯科医院
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。)	市長村の認知症介護相談に関する情報交換ならびに提供を行う。また、町主催の認知症介護に関する研修会へ、積極的に参加していく。
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (8 時～ 21 時) <input 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 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。