

(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12月21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	5	2	3	3
※グループホーム名	はるかぜ新屋敷									
※事業主体名(法人名)	医療法人 春風会					※代表者名	中村 浩一郎			

(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援助及び日常生活の中で心身の機能訓練を行なうことにより、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可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0838) 鹿児島市新屋敷町4番1号			
※連絡先	電話	099-222-0321	FAX	099-222-0321
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島市電 市立病院前			
開設年月日	平成18年3月22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	第一種 低層住居専門地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨) 造り (2 階建ての 1・2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (466.06) m ² 延床面積 (588.72) m ² 1室あたりの居室面積 (11.38) 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)	(39,000) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	□有 () 円 ■無	
	有の場合償却の有無	□有 (期間:) 円 □無
※食費	朝食 (300) 円 昼食 (400) 円 夕食 (400) 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	基本的には、今まで利用していた理美容院を利用できます。また、要望に応じて、出張による理美容サービスも利用できます。(個人のお小遣いから支払われる。)	理美容サービス実費 (1回 1,000円 ~2,000円程度)
②おむつ代	ご家族持参でも構いません。その他、必要となった場合、相談に応じます。	実費相当額
③その他	水道光熱費	日常生活の中で使用する電気・ガス・水道等の使用料金となります。(共有箇所)
	電気代 (居室)	居室による個人的な電気製品 (4品目以上) を使用する料金となります。

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (16 名) [男性 (5 名) 女性 (11 名)]
	要介護1 (6 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均 80.4 歳) [最低 (75 歳) 最高 (102 歳)]
※入居に当たっての条件	対象者は、要介護者であって認知症状態であり、かつ次の各号を満たすものとする。認知症状態の確認は、診断書等で行なう。 ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 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。 ④ 表面的に精神症状や行動異常を示している人も、適切な生活環境や職員の対応によって症状は改善され得ると思われる方。
退居に当たっての条件	入居後、利用者の全身的状态が変化し、入居に当たっての条件に該当しなくなった場合は、退居してもらう場合がある。

(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 (一 階)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (6.9 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 (島元 和代)	■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 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年 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) ■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 (私バリバリ認知症です。) ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (□看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 ■その他 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年 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) ■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 (私バリバリ認知症です。) ()
その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (4) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー) (1 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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) □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。

(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 (二 階)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (6.9 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)()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 (島元 和代)	■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 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年 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) ■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 (私バリバリ認知症です。) ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員) □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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) □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 (6) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他(ヘルパー1・2) (6 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 (□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員) □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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) □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。

(8) その他

※提携医療機関名	◎田上記念病院 利用者希望の診断、急変等に関して全面的に協力する旨の契約をしています。 ◎西歯科 利用者希望の歯科治療、定期的な口腔チェック、急な歯痛に関して全面的に協力する旨の契約をしています。
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。) 前もって、ご家族等への案内(お知らせ)を表示し、相談等の活動ができる体制を整えています。 <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。