

鹿児島県 グループホーム東谷山

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 5月20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	3	0	1	1
グループホーム名	グループホーム東谷山									
事業主体名(法人名)	医療法人 光徳会					代表者名	徳田 哲			

(2) 事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者に対し、日常生活の援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、認知症高齢者が精神的に安定して明るい生活が送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(3) 組織の概要

所在地	(〒891 - 0113)			
連絡先	電話	099-260-8200	FAX	099-260-8200
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 波之平 バス停前			
開設年月日	平成14年11月29日	ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員(17)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	市街地		
建物形態	単独型		
建物構造	(鉄骨コンクリート)造り(3階建ての2、3、階部分)		
広 さ	敷地面積(452.74)㎡	延床面積(859.04)㎡	
	1室あたりの居室面積(9.93)㎡		
二人部屋の有無	無		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃 (月額)	(30,000) 円		
保証金の有無 (入居時一時金)	無		
	有の場合償却の有無	有 (期間 :) 円 無	
食 費	朝 食 (250) 円 昼 食 (250) 円 夕 食 (500) 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)	
理美容代	実費		
おむつ代	実費		
そ の 他	光熱水費	月額 5,000 円	5,000
	介護保険	認定介護度 1 割負担金	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (15 名) [男性 (4 名) 女性 (11 名)]
	要介護 1 (4 名) 要介護 2 (4 名) 要介護 3 (4 名) 要介護 4 (3 名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 82,5 歳) [最低 (70 歳) 最高 (94 歳)]
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 65 歳以上、要支援 2、介護度 1 ~ 5 の認知症高齢者 ・ 65 歳以下で特定疾患がある要支援 2 以上の認知症の方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関への入院が必要な場合 ・ 他の入居者への危害など共同生活が困難な場合

(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 (2 階)	総数	(9)名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 1名) 常勤換算 (8,3名) ・非常勤 (7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 夜勤 (1名)
	管理者 氏名 (田中 忠治)	兼務(兼務の施設名 同施設3階) 資格 その他 (社会福祉主事・任用) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8年 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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 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 (松山 佐和子)	資格 (介護福祉士, 介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (10年 4 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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 ()名 看護師等 ()名 介護支援専門員 ()名 その他 (ヘルパー2級)(6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。

(8) その他

提携医療機関名	鹿児島徳州会病院
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。)	<ul style="list-style-type: none">・ 入居者の介護度の報告・ 事故、苦情等の報告・ 公文書に対応
入居者家族会等の有無	有
家族の面会時間の設定の有無	有 (8 時 ~ 20 時)
介護相談員 (注) 等の受入状況	有 (具体的に記入してください。) 毎年行政の案内により実施

(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。

(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 (3 階)	総数	(8)名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 1名) 常勤換算(8,7名) ・非常勤(6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 夜勤(1名)
	管理者 氏名 (田中 忠治)	兼務(兼務の施設名 同施設2階) 資格 その他(社会福祉主事・任用) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年 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 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 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 (中村 呂美生)	資格(準看護師 介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(3年 2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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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()名 看護師等()名 介護支援専門員()名 その他 (ヘルパー2級)(6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。

備考

- 医療連携体制 未実施
- 運営推進会議 概ね2ヶ月に1回実施（町内会役員、民生委員、入居者家族）
- 直近の外部評価 平成18年8月28日 公開