

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	5	1	0	0	0	8	7
*グループホーム名	永田診療所グループホーム									
*事業主体名(法人名)	医療法人 慈和会					*代表者名		永 田 行 俊		

(2) *事業の目的及び運営の方針

<p>(事業の目的) 事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業が入居者に対し、家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、尊厳ある生活を営むことが出来るよう適切な支援を提供すること。</p> <p>(運営の方針) ①事業実施に当たっては、介護保険法並びに関係する省令、告示の趣旨・内容を遵守する。②利用者の人格を尊重し、利用者の立場にたったサービス提供に努めるとともに、利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。③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為緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行わない。④当事業所は自らその提供する介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、常にその改善を図る。⑤利用者の心身の状況に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療を協力医療機関において行う。⑥利用者が地域社会の一員として生活することを積極的に支援する。</p>
--

(3) 組織の概要

*所在地及び連絡先	(〒895-2813) 鹿児島県伊佐郡菱刈町南浦3492		
	電話	0995-26-0051	F A X 0995-26-4868
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス停留所「本城小学校前」より北東へ約300m(徒歩3分) 近くに「薩摩本城郵便局」「JA伊佐本城支所」「スカラー九州工場」あり		
開設年月日	平成 12年 4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	同じ敷地内に永田診療所外来診療棟があり、入居者の診療にも対応している。 また、屋根付き屋内ゲートボール場も地元老人会や近くの幼稚園生との交流会場として利用されています。		

(4) 建物の概要

*都市計画法上の用途地域	住宅地
*建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
*建物構造	(鉄 筋) 造り (1 階建ての 1 階部分)
*広 さ	敷地面積 (1,703.03) m ² 延床面積 (877.20) m ² 1室あたりの居室面積 (11.01 ~ 12.17) 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)	(21,000) 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 (150) 円 昼食 (250) 円 夕食 (300) 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	職員が対応した場合は無料、業者の場合は実費	業者には実費
②おむつ代	実費を負担	実費
③ そ の 他	光熱水費	家賃月額の中に含まれています
	****	*****
	介護保険1割負担	翌月初旬に請求書を発行します
*現金並びに貴重品を預かる場合は「金銭管理委託契約書」を取り交わして管理します		

(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 (8名) 要介護2 (5名) 要介護3 (4名) 要介護4 (1名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 83歳) 【最低 (69歳) 最高 (94歳)】
*入居に当たっての条件	○入居者は要介護者であって認知症の状態にあり、次の各号を満たす者とする。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の必要がないこと。 ○共同生活のため、外出、外泊は管理者に届けてから行う。
退居に当たっての条件	○退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。

(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 の ぞ み	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 2 名) 常勤換算 (0.2名) ・非常勤 (0 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 type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 永田診療所) <input type="checkbox"/> 夜勤(名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直(1 名)
	*管理者 氏名 (中園三宏)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 永田診療所) 資格(医師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(10年 以上 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(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (宅老所・グループホームにおける認知症介護研修「基礎編」)
	計画作成担当者 氏名 (中園三宏)	資格(医師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(10年 以上 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(基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症予防教室)(認知症予防活動への取り組み)
	その他の職員	資格 介護福祉士()名 准看護師(1)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(基礎過程) 受講済者(0名) (専門課程) 受講済者(0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者(2名) (認知症予防活動への取り組み) 受講済者(2名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名(中園倫子) 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(介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(10年 以上 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(基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症予防活動への取り組み)(痴呆予防教室)	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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 サ ン フ ラ ワ ー	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 2 名) 常勤換算 (0.2名) ・非常勤 (兼務 0 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 type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 永田診療所) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 宿直 (1 名)
	*管理者 氏名 (中園三宏)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 永田診療所) 資格 (医師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 以上 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 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (宅老所・グループホームにおける認知症介護研修「基礎編」)
	計画作成担当者 氏名 (中園三宏) 6月以降は(三角六子) が就任予定 (現在、6月開催予定 の研修受講待機中)	資格 (医師 介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 以上 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 (基礎過程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (認知症予防教室) (認知症予防活動への取り組み)
	その他の職員	資格 介護支援専門員 兼 準看護師 (1) 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 (基礎過程) 受講済者 (0名) (専門課程) 受講済者 (0名) ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (2名) (認知症予防活動への取り組み) 受講済者 (2名)
	(再掲) ホーム長(注) 氏名(中園倫子) 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 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10年 以上 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 (基礎過程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 (認知症予防活動への取り組み) (認知症予防教室)

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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。

