

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成 17 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	1	0	0	0	2	7	3
※グループホーム名	グループホームえがお									
※事業主体名 (法人名)	医療法人 微笑会					※ 代表者名		田畑傳次郎		

(2) 事業の目的及び運営の方針

痴呆であっても、ひとりひとりが地域の中で、あたりまえに暮らしながら人間の尊厳を大切に生きていく。

- (1) 痴呆に伴うさまざまな障害があっても尊厳のある暮らしをおくれるよう支援する。
- (2) 安心と安楽、暮らしの中での楽しみやゆたかさなど高める支援を行う。
- (3) 適切な環境と介護を提供することを通して、痴呆の状態の改善をはかり、痴呆の進行を防ぐ。
- (4) 家族に代わる暮らしの場と介護サービスを提供することで、痴呆性高齢者の家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 891-0402) 鹿児島県指宿市十町2392-2			
※連絡先	電 話	0993-22-4090	F A X	0993-22-4090
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR二月田駅より徒歩10分 鹿児島交通十町郵便局前より徒歩5分			
開設年月日	平成 13 年 4 月 1 日		※ ユニット数 (1) ユニット と利用定員 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)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	木造平屋建 防火サイディング張り			
※広さ	敷地面積 (372.29) m ² 延床面積 (150.93) m ² 1室あたりの居室面積 (平面図を添付)			
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(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。)

総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (7 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 type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
※管理者 氏名 (可児キミ子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 (ヘルパー1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 5 年 1 ヶ月) 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 (専門課程) <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 () ()
計画作成担当者 氏名 ()	資格 (介護支援専門員、社会福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 1 年 3 ヶ月) 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 (専門課程) <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 (介護支援専門員現任研修) ()
その他の職員	資格 介護福祉士 ()名 看護婦 (名) その他 (ヘルパー1級 2名、2級 2名) 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) 受講済者 (名) (専門課程) 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 () 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 (専門課程) <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。

(8) その他

※提供医療機関名	1. 田畑クリニック 2. 今林整形外科 3. 永尾歯科医院 4. 宮崎歯科医院 5. 岩下眼科
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。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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号厚生省老人保険福祉局長通知別添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、介護保険施行規則第131条第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、都道府県知事に届け出るものとする。

情報提供の項目の追加項目(一部再掲)

(平成17年 5月 / 日 現在)

* 複数ユニットの場合はコピーし、各ユニットごとにご記入下さい。

グループホーム/(ユニット)名 グループホーム えがお

3) 組織の概要

開設年月日	昭和・平成 13 年 4 月 1 日	利用定員	(9) 人
-------	--------------------	------	---------

4) 建物の概要 (ユニット毎に違う場合のみ記入)

建物構造	(木造平屋)	造り	(1 階建ての 1 階部分)
広さ	延床面積(272.29)㎡	室あたりの居室面積	()㎡
二人部屋の有無	有()	無(0)	該当する方に○を付けて下さい。

5) 利用料金等(入居者の負担額) (ユニット毎に違う場合のみ記入)

家賃(月額)	(20,000) 円
保証金の有無(入居時一時金)	有() ()円 無(0)
有の場合償却の有無	有()期間() 無(0)

該当する方に○を付けて下さい。

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9)名 (男性(1)名 女性(8)名)
	要介護1(2)名 要介護2(4)名
	要介護3(1)名 要介護4(0)名
	要介護5(2)名
	年齢(平均 歳) (最低 歳) (最高 歳)

新築(0)	改築()築()年	該当する方に○を付けて下さい。
---------	------------	-----------------

※《自立度(厚生省判定基準)》は、別紙参照のうえ記入下さい

《自立度(厚生省判定基準)》		《痴呆の診断名》	
寝たきり度	ランクJ () 名 ランクA () 名 ランクB () 名 ランクC () 名	・アルツハイマー () 名 ・脳血管性痴呆 () 名 ・老年期痴呆 (9) 名 ・その他 () 名	
痴呆度	ランクI () 名 ランクIIa () 名 ランクIIb () 名 ランクIIIa () 名 ランクIIIb () 名 ランクIV () 名 ランクM () 名		

開設以来の退居者数	人数(5)名
理由	退居先
・陽性転移等	(田畑アリニツアへ)
・良性腫瘍	(国立指折病院)
・	()

開設以来、これまでの職員の交代	①管理者の交代回数 (1) 回 (理由: 退職のため)
	②ホーム長の交代回数(注1参照)(0) 回 (理由:)
	③常勤職員の交代回数 (3) 回 (理由: 同法人のグループホームありため)