

(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 19年 1月 25日現在)

(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

(目的) 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
(運営の方針) ①法令、省令、告示の趣旨・内容の遵守 ②利用者の人格尊重と自立支援 ③身体的拘束等を行わない ④提供する介護の質の自己評価と外部評価の実施 ⑤適切な保健医療 ⑥地域社会の一員としての生活を支援

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-2813) 鹿児島県伊佐郡菱刈町南浦3492			
※連絡先	電話	0995-26-0051	FAX	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】から北東へ300m			
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 (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)	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、併設の屋根付きゲートボール場は入居者の憩いの場であり、地元高齢者や近くの小学生、幼稚園児との交流会場として、定期的に利用されている。			

(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 checked="" 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	
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	
②おむつ代	実費を負担	
③ そ の 他	光熱水費	家賃 (月額) に含まれている

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17名) [男性 (3名) 女性 (14名)]
	要介護1 (3名) 要介護2 (5名) 要介護3 (8名) 要介護4 (1名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 84 歳) [最低 (71歳) 最高 (96歳)]
※入居に当たっての条件	要介護者であって認知症の状態にあり、次の各号を満たす方 ① 少人数による共同生活を営むことに支障がない②自傷他害の恐れがない③常時医療の必要がない④共同生活のため外出や外泊は管理者に届ける
退居に当たっての条件	◎退居に当たっては、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に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 名 の ぞ み	総数	(14) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 6 名) 常勤換算 (6.3 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	<input 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 (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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 医師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年以上) 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 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 ()	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 医師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年以上) 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 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」) (認知症予防教室) (認知症予防活動への取り組み)
	その他介護職員 (13) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (2 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (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 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (3 名) (認知症予防活動への取り組み) 受講済者 (3 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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 薬剤師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (15 年以上) 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 checked="" 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 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) ()	

(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 (サ ン プ ラ ワ ー)	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 2 名) 常勤換算 (6.4 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	<input 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 (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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 医師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (20 年以上) 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]・グループホーム管理者研修 <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 (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 ()	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 准看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (4 年 9 ヶ月) 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 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 (認知症を治す研究会 in 鹿児島) (認知症予防教室) (認知症予防活動への取り組み)
	その他介護職員 (8) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (3 名) 介護支援専門員 () 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 (身体拘束廃止推進研修) 受講済者 (3 名) (認知症予防活動への取り組み) 受講済者 (3 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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 薬剤師) 認知症高齢者のケアの経験年数 (15 年以上) 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 checked="" 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 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) ()	

(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	永田診療所 大口病院 こうき歯科医院 寺田病院
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。)	グループホームとして運営推進会議以外には連携はない
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。