

(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 31日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	9	0	0	1	5	0
※グループホーム名	大口病院グループホームつどい									
※事業主体名(法人名)	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—共同生活介護事業の適切な運営を確保する為、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業が入居者(利用者)に対して適切な支援を提供する。 方針—利用者の可能な限り、その能力に応じて自立した生活が営むことが出来るように、手助けする。又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機関に置く。
---

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895 - 2507 ) 大口市大田124-3			
※連絡先	電話	0995-23-0820	FAX	0995-22-1533
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通大口営業所よりタクシーで2分			
開設年月日	平成 10 年10月1日	※ユニット数 と利用定員	( 1 ) ユニット 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	都市計画区域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木 ) 造り (1階建ての1階部分)			
※広 さ	敷地面積 (689.00 ) m <sup>2</sup> 延床面積 (203.2 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 11.2 ) m <sup>2</sup>			
※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)	□有 ( ) 円	■無
	有の場合償却の有無	□有 (期間: ) 円 □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	職員対応は無料・利用者・家族が希望したら紹介する。	
②おむつ代	実費、もしくは自宅より届けてもらう。	
③その他	光熱費	家賃に含む

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名) [男性 ( 名) 女性 ( 9 名)]
	要介護1 ( 4名) 要介護2 ( 4名) 要介護3 ( 名) 要介護4 ( 名) 要介護5 ( 1名)
	年齢 (平均83歳) [最低 (66歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	①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常時医療機関において治療する必要がない。
退居に当たっての条件	入居後、利用者の状態が変化し、上記に該当しなくなった時退居してもらう場合がある。利用者及び家族の意向を踏まえた上で退居に必要な援助を行なうように努める。

(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。)

ユニット名(つどい)	総数	( 6 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (0.2 名) ・非常勤 ( 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 大口病院) □夜勤 ( 1 名) □宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 (永田 公子)	□専任 ■兼務(兼務の施設名 大口病院) 資格(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他 薬剤師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年7ヶ月) 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 □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 ( ) ( )
	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(介護ヘルパー1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年10ヶ月) 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 □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 ( 4 ) 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 ( 介護ヘルパー) ( 3 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	大口病院 県立北薩病院 こうき歯科医院
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。)	大口市保健介護課介護保険係 菱刈町保健介護課介護保険係
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。