

(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 30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	4	8	2	9
※グループホーム名	グループホーム 癒しの森									
※事業主体名(法人名)	医療法人 寛容会					※代表者名	森口 定省			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症によって日常の生活が困難になった方々に対して、家庭的な環境のもとで、その有する能力に応じ可能な限り、安心と尊厳のある生活を、自立して営むことができるよう支援することを目的とします。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-1201) 鹿児島市岡之原町 600 番地 1			
※連絡先	電 話	099-295-7255	F A X	099-821-0025
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 宮の迫バス停より徒歩2分			
開設年月日	平成17年11月27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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域				
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (2 階建ての 1・2階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1.582.71) m ² 延床面積 (720.21) m ² 1室あたりの居室面積 (10.68) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

5) 利用料等 (入居者の負担額)

家賃 (月額)	(1,000/日) 円	
敷金	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 無
保証金の有無(入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無 <input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input type="checkbox"/> 無	
食材料費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1,300) 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	利用料として一括請求	実費
②おむつ代	利用料として一括請求	実費
③光熱水費	利用料として一括請求	500/日
④その他		
・医療費	必要に応じて個別支払い	実費

6) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (16 名) 男性 (6 名) 女性 (10 名)
※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供している 場合、要支援者2の数を 記載すること	要介護1 (3名) 要介護2 (3名) 要介護3 (6名)
	要介護4 (2名) 要介護5 (名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 74歳) (最低 45歳) (最高 92歳)
利用に当たっての条件	共同生活ができる
退居に当たっての条件	病院などに入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または、2ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合

7) 職員の概要（複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。）

(ユニット名) 癒しユニット	総 数	(9 名)
		(内数)・常 勤 (専任 3 名) (兼務 名) ・非常勤 (5 名)
		常勤換算 (7.6 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 (谷山 尚)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (7年11か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダ研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <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 () ()	
計 画 作 成 担 当 者 氏名 (徳留 里真)	介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (9年7か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダ研修) <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 () ()	
そ の 他 の 職 員	資格 介護福祉士 (5名) 看護師 (名) その他 (2級ヘルパー) (3名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダ研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <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 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名) 有	
職 員 の 交 代 状 況	① 管理者の交代回数 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (0) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (0) 回 (理由)	

7) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。)

(ユニット名) 癒しユニット	総 数	(8 名)
		(内数)・常 勤 (専任 3 名) (兼務 名) ・非常勤 (5 名)
		常勤換算 (7.1 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 (谷山 尚)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (7年11か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <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 () ()	
計 画 作 成 担 当 者 氏名 (谷山 尚)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (7年11か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <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 (グループホーム管理者研修) ()	
そ の 他 の 職 員	資格 介護福祉士 (3名) 看護師 (名) その他 (2級ヘルパー) (2名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <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 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
職 員 の 交 代 状 況	① 管理者の交代回数 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (0) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (0) 回 (理由)	

8) その他

協 力 医 療 機 関 名	緑ヶ丘クリニック
医療連携体制実施の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称)
運営推進会議の設置状況	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 開催状況 (月に 回) メンバー構成 (役職等)
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 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 (具体的にご記入下さい。)
	<input type="checkbox"/> 無。
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)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。

(記入上の留意事項)

- 1 「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 3 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。