

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17年10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	0	2	0	1	0	6	2
※グループホーム名	グループホームとうごう苑									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 祥健会					※代表者名		中間みゆき		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

①利用者が夢を抱き満足を実感できるようにする。 ②利用者の人権を最優先し、生命、身体の安全に配慮する。 ③地域福祉の活性化に寄与する。 ④サービスの向上に努め、総合的なサービスの提供に努める。 ⑤身体拘束の排除に努める。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-1106) 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵2636番地1			
※連絡先	電話	0996-21-6551	FAX	0996-21-6838
交通の便 (最寄り交通機関等)	林田交通 司野バス停下車 徒歩3分			
開設年月日	平成16年11月12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	対象外			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造瓦葺平屋) 造り (階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2376) m ² 延床面積 (698.04) m ² 1室あたりの居室面積 (8.8) 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）	（ 22,000 ）円	
※保証金の有無（入居時一時金）	□有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
有の場合償却の有無	□有（期間： ）円	□無
※食費	朝食（ 200 ）円 昼食（ 280 ）円 夕食（ 300 ）円 おやつ（ 83 ）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	現金徴収	実費
②おむつ代	利用料と共に徴収	実費
③その他	水道光熱費	利用料と共に徴収 9,000（月額）

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（ 18 名）〔男性（ 4 名） 女性（ 14 名）〕
	要介護1（ 4 名） 要介護2（ 2 名） 要介護3（ 3 名） 要介護4（ 8 名） 要介護5（ 1 名）
	年齢（平均 85.5 歳）〔最低（ 65 歳） 最高（ 101 歳）〕
※入居に当たっての条件	1. 要介護1以上の被認定者であり、かつ痴呆の状態である方。 2. 少人数による共同生活を営むことに支障がない方。 3. 自傷他害の恐れのない方。 4. 常時医療機関において治療をする必要がない方。 5. 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できる方。
退居に当たっての条件	1. 本人または、家族より退居の申し出があった場合。 2. 要介護の認定更新において、契約者が自立若しくは要支援と認定された場合。 3. 契約者が死亡された場合。 4. 契約者が病気治療等その他のため、長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった時（一ヶ月を目安とします） 5. 契約者が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヵ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれ

を支払わない場合。

6. 伝染性疾患により他の契約者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ契約者の退去の必要があるとき。

7. 契約者の行動が他の契約者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ契約者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき。

8. 契約者又は契約者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。

(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(南棟)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1 名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	※管理者 氏名 (中間みゆき)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格(介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉主事) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(12 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 checked="" 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 (中間みゆき)	資格(介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉主事) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(12 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 checked="" 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士(3)名 看護婦(名) その他 (ヘルパー2級) (4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。

(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 (東 棟)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (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	<input checked="" 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 ()	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 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 () ()
	計画作成担当者 氏名	資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (15年 11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 checked="" 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 () ()
	その他の職員	資格 介護福祉士 () 名 看護婦 (1 名) その他 (ヘルパー2級) (5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 (中島ひとみ) 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、介護福祉士) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (15年 11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 checked="" 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。

(8) その他

※提携医療機関名	とうごう苑診療所 医療法人 松尾病院 社会福祉法人 恩賜財団法人済生会川内病院 薩摩郡医師会病院 医療法人 瀬口歯科医院
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。)	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～ 20時) <input 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、都道府県知事に届け出るものとする。