

認知症高齢者グループホームに係わる情報提供の項目

(平成18年2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	0	5	9	3	
※グループホーム名	ケアホーム 田海園										
※事業主体名(法人名)	川薩福祉企業組合							※代表者名	麻生昭人		

2) 事業の目的および運営の方針

川薩福祉企業組合 が開設するケアホーム田海園事業所(以下「事業所」という。)が行う指定認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従業者が、要介護者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。(運営の目的)

指定認知症対応型生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。(運営の方針)

3) 組織の概要

※所在地	(〒 895-0213) 鹿児島県薩摩川内市城上町9750番地7		
※連絡先	電話	0996-21-9338	FAX 0996-21-9339
交通の便(最寄の交通機関)	鹿児島本線川内駅よりタクシーで15分、林田バス上今村バス停より、徒歩7分		
開設年月日	昭和 平成 15年1月28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ください)			

4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	市街化区域外 無指定
建物形態	(木造 平屋)造り (1 階建の 1 階部分)
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
広さ	敷地面積(1.422.4)㎡ 延床面積(205.37)㎡ 一室あたりの居室面積(~ 9.94㎡)
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料金(入居者の負担額)

家賃(月額)	(25.000)円	
保証金の有無(入居一時金)	<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:) <input type="checkbox"/> 無
食費	朝食()円 昼食()円 夕食()円 おやつ()円 又は1日(1.000)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	直接窓口払い	実費
②おむつ代	直接窓口払いまたは、口座振込	実費
③その他		
・ テレビ	直接窓口払いまたは、口座振込	500 円/月
・ 冷蔵庫	直接窓口払いまたは、口座振込	1.500 円/月
・		

6) 入居の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9名) (男性(2 名) 女性(7 名))
	要介護1(2名) 要介護2(3名) 要介護3(2名)
	要介護4(2名) 要介護5(名)
	年齢(平均 87 歳) (最低 76 歳) (最高 96 歳)
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護者であって認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方 ・ 主治医の診断書等により認知症の状態にあることが確認できること
退去に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師等の判断により入院治療を必要とする場合 ・ 入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合

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

総数	(9)名
	(内訳)・常勤(専任 6名) (兼務 名) } 常勤換算(8名) (内訳)・非常勤(専任 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) (80時間)÷40時間=常勤換算数(2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(麻生 昭人)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 資格(社会福祉主事任用資格、介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(5年 10 か月) 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 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 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(麻生 昭人)	資格(社会福祉主事任用資格、介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(5年 10か月) 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 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 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) 看護師等(3名) 介護支援専門員(1名)その他(ホームヘルパー2級)(1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 ()受講済者(名) ()受講済者(名)
(再掲) ホーム長注) 氏名()	資格() 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 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。定めてない場合には記入は省略できる。

8)その他

提携医療機関	中山クリニック	瀬口歯科医院	kメンタルクリニック
市町村との連携状況(事業を受諾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 (8 時 ~ 20 時)	<input type="checkbox"/> 無	
介護相談員注) 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有(具体的にご記入下さい。)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		

注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等実施要領」(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紙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・利用者等の話しを聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

- * (1)口欄のある箇所は、どちらか 点でチェックして下さい。
(2)図面及び運営規定を添付して下さい。

(留意事項)

下線の項目は、介護保険施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合には10日以内に届ける必要があるほか、下線の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期に一度(例えば各年度末)情報を更新し都道府県知事に届けるものとする。