

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成17年5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	4	4
※グループホーム名	グループホーム川内森の里									
※事業主体名(法人名)	有限会社川内介護福祉会					※代表者名 森 一人				

(2)※事業の目的及び運営の方針

痴呆によって自立した生活が困難になった方に家庭的な環境のもとで日常生活の援助、及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより安心と尊厳のある生活、自立した生活を送れるよう支援する事を目的としています。

(3)組織の概要

※所在地	(〒895-0072)		
	鹿児島県薩摩川内市中郷町6956番地49		
※連絡先	電話	(0996)27-6568	F A X (0996)27-6569
交通の便 (最寄り交通機関等)	薩摩川内・宮之城線 瀬口バス停より徒歩5分		
開設年月日	平成13年8月9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	土地計画区域内 用途区域外地域		
建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造セメント瓦平屋)造り(1階建ての1階部分)		
※広さ	敷地面積(800)㎡ 延床面積(224,41)㎡ 1室あたりの居室面積(9,94)㎡		
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

(5)利用料等（入居者の負担額）

※家賃（月額）	（ 金20,000－ ）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（ ）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	お小遣いより支払い	実費
②おむつ代	翌月の月初めに請求	実費
③ その 他	寝具リネン代	翌月の月初めに請求 ¥3,150(月)
	水道光熱費	翌月の月初めに請求 ¥5,000(月)

(6)入居者の概要

現在の入居者の状況	入居人数（ 8 ）名〔男性（ 2名）女性（ 6名）〕
	要介護1（ 4名）要介護2（ 1名）要介護3（ 2名） 要介護4（ 1名）要介護5（ 名）
	年齢（平均85歳）〔最低（80歳）最高（91歳）〕
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活を営むことに支障のない方 ・ 自傷他害のおそれのない方 ・ 常時医療機関において治療の必要のない方
退所に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退所の30日前までにご連絡をお願いしています（緊急の場合は除きます）

(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	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 名) 常勤換算 (9.5 名) ・非常勤 (2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 (安原 京子)	<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・ヘルパー1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(8年1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 checked="" 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 (安原 京子)	資格(介護支援専門員・介護福祉士・ヘルパー1級) 痴呆高齢者のケアの経験年数(15年3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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <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 () ()
	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) (8) 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。定めていない場合には記入は省略できる。

(8)

※提携医療機関名	若松記念病院 若松歯科医院
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 (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)

「※」の事項は、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。