

(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 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) 事業の目的及び運営の方針

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。)が行う指定予防介護認知症対応型協同生活介護事業、指定認知症対応型生活介護事業(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、事業所の予防介護認知症対応型共同生活介護従事者、認知症対応型共同生活介護従業者が、要介護者に対し、適正な予防介護認知症対応型共同生活介護事業、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)

指定介護予防認知症対応型共同生活介護、指定認知症対応型共同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 (最寄り交通機関等)	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	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下さい。)				

(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	単独型	併設型	
建物構造	(木造平屋)造り(1階建ての1階部分)		
広 さ	敷地面積(1.422.4)㎡	延床面積(205.37)㎡	1室あたりの居室面積(9.94)㎡
二人部屋の有無	有	無	

( 5 ) 利用料等 ( 入居者の負担額 )

家賃 ( 月額 )	( 25,000 ) 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 ( ) 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 )	
理美容代	直接窓口払い	実費	
おむつ代	直接窓口払いまたは、口座振込	実費	
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	1,000 円/月

( 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 ) ]
	要支援 2 ( 1 名 ) 要介護 1 ( 1 名 ) 要介護 2 ( 2 名 ) 要介護 3 ( 2 名 ) 要介護 4 ( 3 名 ) 要介護 5 ( 名 )
	年齢 ( 平均 84 歳 ) [ 最低 ( 72 歳 ) 最高 ( 97 歳 ) ]
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師等の判断により入院治療を必要とする場合。</li> <li>・ 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。</li> </ul>

(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	( 9 )名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 名) 常勤換算(5.3名) ・非常勤( 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 ) 夜勤( 1名) 宿直( 名)
	管理者 氏名 ( 麻生昭人 )	専任 兼務(兼務の施設名 ) 資格( 看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他 社会福祉主事任用資格) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 6年 8か月) 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 ( 麻生昭人 )	資格( 看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他 社会福祉主事任用資格) 痴呆性高齢者のケアの経験年数( 6年 8か月) 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 ( 8 )名	資格 介護福祉士( 3 )名 看護師等( 3 )名 介護支援専門員( )名 その他 ( ホームヘルパー2級)( 2 )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( 1 )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	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	有                      無
家族の面会時間の設定の有無	有 (      8 時 ~      2 0 時 )                      無
介護相談員 ( 注 ) 等の受入状況	有 ( 具体的に記入してください。 )
	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。