

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	2	7	0	0	1	4	5
※グループホーム名	グループホーム ひまわり									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ひまわり苑					※代表者名	森田 八重子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

痴呆の状態にあり介護を要する利用者に対して、利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活における援助等を行うことにより、痴呆の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう支援することを目的とする。

また、共同生活住居において家庭的な環境のもとで入浴・食事・排泄等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように努める。

サービスの提供に当たっては、当該利用者または、他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為をせず、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒897-0131) 鹿児島県川辺郡川辺町上山田4239番地5			
※連絡先	電 話	(0993) 58-9038	F A X	(0993) 58-9037
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス：大丸小学校前バス停より徒歩3分			
開設年月日	平成14年 9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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	用途地域外整備区域
※建物形態	単独型
※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 (537) m ² 延床面積 (195.34) m ² 1室あたりの居室面積 (8.12~10.83) m ²
※二人部屋の有無	無

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(22,500) 円	共益費 (月額)	(12,500) 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 (300) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 円 おやつ (実費) 円 又は1月 (30,000) 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	当該月利用料金を翌月初旬に一括請求し、翌月まで現金にて、当施設窓口にて徴収する。 または、事前に預かり、当該月利用料金を翌月初旬に精算。		実費
②おむつ代			実費
③その他	レクリエーション費		材料代等実費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (0 名) 女性 (9 名)]
	要介護1 (4 名) 要介護2 (2 名) 要介護3 (2 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均 84 歳) [最低 (77 歳) 最高 (96 歳)]
※入居に当たっての条件	1. 要介護状態にあって共同生活を営むことに支障のない程度の痴呆状態にあると認定を受けた方。 2. 介護保険の利用者負担金及び家賃等の経費を毎月指定された日までに納付できる方。
退居に当たっての条件	1. 要介護状態から要支援又は自立と認定された方。 2. 痴呆に伴って著しい精神症状又は、著しい異常行動を持ち、極端な暴力行為や、自傷行為を行う恐れのある方。 3. 痴呆の原因となる疾患が集中的な治療を必要とする状態の方 4. 介護保険の利用者負担金及び家賃等の経費が毎月指定された日までに納付されず二ヶ月以上滞納された方。

(7) 職員の概要 (複数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	(11) 名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 1名) 常勤換算 (4.8名) ・非常勤 (9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)(184)時間÷40時間=常勤換算数(4.6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(名) <input type="checkbox"/> 宿直(1名)
	※管理者 氏名 (森田真美)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名) 資格 (訪問介護員1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(4年 3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 (管理者研修—GH協会)(H16年度身体拘束廃止推進研修)
	計画作成担当者 氏名 (前田勝男)	資格 (介護支援専門員) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(20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 (介護支援専門員現任研修)(GH協会外部評価研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士(0)名 看護婦(1名) その他 (訪問介護員2級)(5名) (訪問介護員1級)(1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(0名) (専門課程) 受講済者(0名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (H16年度身体拘束廃止推進研修) 受講済者(1名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (森田八重子) 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 (看護婦 訪問介護員1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(9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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 菊野会 菊野病院 医療法人 蒼風会 児玉病院 東外科胃腸科医院 医療法人 雅集会 かわなべ共立内科 米沢内科クリニック 深町歯科医院
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 type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 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 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。