

(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18年3月末日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	4	5	5	5
※グループホーム名	グループホーム城山									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 城山会					※代表者名	理事長 中村 哲三郎			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症になり、要介護状態となっても、人間として尊厳をもって最後まで本人らしい生活をしていくことを目的に共同生活を営むための色々なサービスを提供します。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0854) 鹿児島市長田町32番1号			
※連絡先	電 話	099-219-7211	F A X	099-219-7210
交通の便 (最寄り交通機関等)	市営バス11番 草牟田小前で下車 徒歩15分			
開設年月日	平成 17年 9月 1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。)	特別養護老人ホーム 城山苑 城山苑デイサービスセンター			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域				
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木造 ) 造り ( 2 階建ての 1・2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 1237.7 ) m <sup>2</sup>		延床面積 ( 580.4 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 13.66 ) m <sup>2</sup>	
※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)	( 30,000 / 30日 ) 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	当月分介保一部負担と請求	実費
②おむつ代	当月分介保一部負担と請求	実費
③その他		

(6) 入居者の概要 (2ユニット)

現在の入居者の状態	入居人数 ( 18名)    [男性 (2名) 女性 (16名)]
	要介護1 ( 4名)    要介護2 ( 4名)    要介護3 ( 6名) 要介護4 ( 3名)    要介護5 ( 1名)
	年齢 (平均 84.6 歳)    [最低 (78歳) 最高 (95歳)]
※入居に当たっての条件	65歳以上で軽度の認知症があり要介護1以上の方 概ね身の自立ができており、共同生活を送るのに支障がない方 家庭の事情などにより家庭での介護が困難な方
退居に当たっての条件	介護度が要支援、自立と認定された時 暴力・自傷行為等で共同生活ができなくなった時 入院が必要になった時

(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 (  1 F  )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 2 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( 5 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 ( 0 名)
	※管理者 氏名 ( 小野 純子 )	□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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 9 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) ■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 ( )	資格(□看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 ) □その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 10 年 1 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) ■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 ( 6 ) 名	資格 介護福祉士 ( 1 ) 名 看護師等 ( 1 名) 介護支援専門員 ( ) 名 その他 ( 社会福祉士1名・ヘルパー2級3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 ( ) 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 ) 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) □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。

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 (  2 F  )	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 名) 常勤換算 ( 8 名) ・非常勤 ( 5 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 ( 0 名)
	※管理者 氏名 ( 小野 純子 )	□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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 9 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) ■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 ( )	資格(■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員 ■その他 (調理師)) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 14 年 1 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) ■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 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( 1 ) 名 看護師等 ( 名) 介護支援専門員 ( ) 名 その他 ( ヘルパー2級6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 ( 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 ) 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) □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	医療法人 博悠会 中村（哲）産婦人科・内科 医療法人 市木歯科 特別養護老人ホーム城山苑
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 現在計画中
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 時～ 時） <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員（注）等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有（具体的に記入してください。）  平成18年3月22日 受入
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。