

(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 6 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	1	0	3	8	3	9
※グループホーム名	サン ひまわり									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 中江報徳園					※代表者名	中江京子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

・利用者が家族的雰囲気の中で、入浴・食事・排泄などの日常生活上の支援及び機能訓練を行いその能力に応じ自立した日常生活が出来るよう支援していく事を目的とする。 ・中江報徳園の基本理念「知・恩・報・徳」の精神のもと 1. 利用者の人としての尊厳を護り、人権を尊重する 2. 利用者に安全で豊かな生活の場と質の高いサービスを提供する
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 890 - 0005) 鹿児島市下伊敷1丁目44番11号			
※連絡先	電 話	099-218-2045, 2047	F A X	099-229-0718
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR、市営、鹿児島交通、南国バス、林田バス、玉江小バス停下車			
開設年月日	平成 16 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。)	無し			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第2種中高層住宅専用地域、一部商業地域			
※建物形態	☒ 単独型 ☐ 併設型			
※建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (2 階建ての1, 2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (326.89) m ² 延床面積 (477.86) m ² 1室あたりの居室面積 (9.33) m ²			
※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)	(40,000) 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 (250) 円 昼 食 (400) 円 夕 食 (350) 円 おやつ () 円 又は1日 () 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	1ヶ月まとめて翌月請求	実費
②おむつ代	1ヶ月まとめて翌月請求	実費
③その他	日用品代	1ヶ月まとめて翌月請求

(6) 入居者の概要

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 (2 名) 要介護2 (7 名) 要介護3 (9 名) 要介護4 (0 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均 85.6 歳) [最低 (60 歳) 最高 (98 歳)]
※入居に当たっての条件	・ 専門医を含む、入居判定会で決定 ・ 介護保険改正による地域密着型の為、鹿児島市在住者
退居に当たっての条件	・ 利用者の心身状態変化で治療が必要で帰園が困難になった時 ・ 本人が退所を希望した時 ・ 他利用者や設備への迷惑行為が再三の指導にかかわらず治らない時 ・ 当園でのサービス提供が困難となった時

(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 階 ）	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (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 職員の1週間の勤務延時間数(注) () 時間÷40時間=常勤換算数(6.5 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 (水頭代志美)	☒ 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 (11 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 (14 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]・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 (名) 介護支援専門員 (名) その他 (2級ヘルパー、歯科衛生士) (5 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 (0 名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 (9 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者 (0 名) () 受講済者 (0 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 階)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (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(7 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 (水頭代志美)	☐ 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 (11 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 (6 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]・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 () 名 看護師等 (准看 1 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (4 名) 認知症介護に関する研修の受講歴 無し 2名 ・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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 玉水会 玉水会病院
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。)	・鹿児島市在宅介護支援センターひまわり園 ・配食サービス ・身障者、精神障害者の居宅介護 (ヘルパー、訪問入浴)
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 (時～ 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。) 現在のところなし 申し出があれば積極的に受入 利用者、家族の意向に耳を傾け改善すべきは行っていきたい
	☒ 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。