

(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 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	7	0	0
※グループホーム名	グループホームわかまつ園									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 ひまわり会					※代表者名	若松 郁子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症を疾患として理解し、認知症の人自身が持ち合わせている癒せる力に着目し、身体的、心理的活動を支援する。
認知症になっても持ち続けている自尊心を尊重し、個人的な生き方を支援する。
認知症の中核症状と周辺症状を理解し、適切な対応を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-0131) 鹿児島県薩摩川内市高江町1655番地			
※連絡先	電 話	0996-23-1201	F A X	0996-25-2368
交通の便 (最寄り交通機関等)	川内駅から路線バスで15分			
開設年月日	平成16年3月3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	都市計画区域(用途指定なし)			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造スレート葺平屋建) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1191, 51) m ² 延床面積 (370, 42) m ² 1室あたりの居室面積 (12, 63) m ²			
※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）	(42,000) 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（ 200 ）円 昼食（ 300 ）円 夕食（ 400 ）円 おやつ（ 100 ）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	当該月利用料を翌月初旬に一括請求し、翌月20日までに現金又は利用者の金融機関口座からの引き落としのいずれかの方法で徴収する。月半ばに退所の場合は、退所時に一括請求し、現金又は口座引き落としのいずれかの方法で徴収する。	実費	
②おむつ代		実費	
③その他		レクリエーション代	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（ 2名） 要介護2（ 1名） 要介護3（ 5名） 要介護4（ 0名） 要介護5（ 1名）
	年齢（平均 87, 5歳）〔最低（ 78歳）最高（ 99歳）〕
※入居に当たっての条件	1、要介護状態にあつて、共同生活を営むことに支障のない程度の認知症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出来る方
退居に当たっての条件	1、要介護状態から要支援1又は自立と認定された方 2、認知症に伴つて著しい精神状態又は著しい行動異常を持ち、極端な暴行行為や自傷行為を行うおそれのある方 3、障害の原因になる疾患が、集中的な治療を必要とする状態にある方 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入されず滞納された方

(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。)

ユニット名(わかまつ園)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (7, 9 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 (折田喜美子)	■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 (26 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]・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 (認知症グループホーム職員研修) (介護シンポジウム)
	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 (26 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 (介護支援専門員研修) ()
その他介護職員 (8) 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 (ヘルパー) (1級2名、2級4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 (ガイドヘルパー研修) 受講済者 (1 名) (認知症高齢者の為の研修会) 受講済者 (1 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	若松記念病院：所在地 薩摩川内市神田町 診療科目：内科、外科、眼科、他 若松歯科医院：所在地 薩摩川内市宮崎町 診療科目：歯科 可愛クリニック：所在地 薩摩川内市御陵下町 診療科目：内科
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。)	地域型在宅介護支援センター運営事業 川内市生きがい対応型デイサービス事業 身体障害者デイサービス事業 精神障害者居宅介護事業
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 (9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。