

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	8	0	0	1	7	8
※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)	社会福祉法人 鶴寿会					※代表者名		理事長 吉井八郎		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)	<p>社会福祉法人鶴寿会が設置経営するグループホームひまわりが行う認知症対応型共同生活介護事業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、事業所の従業者が、要介護者等に対し、適正な事業を提供することを目的とする。</p>
(運営の方針)	<p>指定認知症対応型共同生活介護は、要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように必要な援助を妥当適切に行なう。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 899 - 0136) 鹿児島県出水市汐見町 8 9 番地			
※連絡先	電 話	0996-67-5626 のぞみ館 0996-67-3187 なごみ館	F A X	0996-67-4666
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 米ノ津駅より車で 10 分			
開設年月日	平成 11 年 10 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鶴寿園 鶴寿園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	都市計画地域、用途地域外		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造防火サイディング貼り) 造り (1 階建ての 1 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (2,313) m ² 延床面積 (653.0) m ² 1 室あたりの居室面積 (13.5) 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)	11,700 円 (1日 390 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 (300) 円 夕 食 (400) 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	その都度、本人もしくは家族が支払い	実 費
②おむつ代	同 上	実 費
水光熱費	家賃に含む	/
医師の往診等 診察にかかる費用	その都度、本人もしくは家族が支払い	実 費
その他個人で必要 な物品の購入費用	同 上	実 費

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 () 名 女性 (18 名)]
	要介護 1 (4 名) 要介護 2 (6 名) 要介護 3 (4 名) 要介護 4 (4 名) 要介護 5 (0 名)
	年齢 (平均 86.7 歳) [最低 (80 歳) 最高 (94 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定を受けた者で認知症があり、次のいずれも該当するもの。 1. 家庭環境等により家庭での介護が困難であること。 2. おおむ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こと
退居に当たっての条件	1. 入居者が自立もしくは要支援の認定されたとき 2. 入居者が死亡したとき 3. 入居者及び代理人が契約の解除を通告したとき 4. 事業者が不当な理由で契約の解除を通告したとき 5. 入居者が病気等により長期に医療機関等に入院したとき。ただし入居者もしくは代理人と事業者の間で居室確保等に合意した場合を除く 6. 入居者が他の介護施設等への入所が決まったとき

(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 の ぞ み 館	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (4.60 名) ・非常勤 (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 (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 (吉井 敏子)	□ 専任 ■兼務 (兼務の施設名 特別養護老人ホーム鶴寿園) 資格 (■看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他 施設福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (28 年 4 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 (施設長研修会) ()
	計画作成担当者 氏名 (朝倉 芳子)	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 (8 年 6 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 () ()
	その他の職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 () 名 介護支援専門員 () 名 その他 (2 級ヘルパー) (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 （ な ご み 館 ）	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 名) 常勤換算 (4.60 名) ・非常勤 (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(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 (吉井 敏子)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名 特別養護老人ホーム鶴寿園) 資格 (■看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員 ■その他 施設福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (28 年 4 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 (施設長研修会) ()
	計画作成担当者 氏名 (浜田 洋子)	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 (28 年 4 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 (介護支援専門員現任研修) (介護保険施設集団指導)
	その他の職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 () 名 介護支援専門員 () 名 その他 (2 級ヘルパー) (2) 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) (専門課程) 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, □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	吉井中央病院 福留歯科医院
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。)	家族介護教室など市町村からの委託について積極的に受け入れる他、市町村との連携が図れる体制を確保する。
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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、都道府県知事に届け出るものとする。