

(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	2	1
※グループホーム名	グループホーム 谷山中央									
※事業主体名(法人名)	有限会社 十匠					※代表者名		濱田 寛之		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

※認知症高齢者が家庭的な環境のもとで、日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことにより安心と尊厳のある生活、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活が出来るよう支援することを目的とする。
 ※利用者の人格を尊重し常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めると共に、個別の介護計画をすることにより利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
 ※適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
 ※常に提供したサービスの質の管理・検証・評価を行ないます。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0141) 鹿児島県鹿児島市谷山中央二丁目609番地1			
※連絡先	電 話	099-268-1765	FAX	099-268-1765
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通谷山支所通りバス停より徒歩10分			
開設年月日	平成16年8月6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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	第1種住居専用地域			
※建物形態	■単独型 □併設型			
※建物構造	(鉄骨) 造り (2 階建ての1・2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1046.43) m ² 延床面積 (560.30) m ² 1室あたりの居室面積 (12.13) 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)	(30,000) 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 (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	利用者が負担する事が適当と見られる費用については実費徴収する。	実費	
②おむつ代	同上	実費	
③その他	日常生活品	同上	実費
	水道光熱費	1日につき	600

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17 名) [男性 (2名) 女性 (15名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (4名) 要介護3 (7名) 要介護4 (1名) 要介護5 (1名)
	年齢 (平均84.7歳) [最低 (73歳) 最高 (97歳)]
※入居に当たっての条件	1. 寝たきり等主に身体的な介護が必要な方は、入居できない場合があります。 2. 契約、費用負担、緊急時の連絡等の為に身元引受人を御家族の中からお一人お願いしています。 3. 要介護者でありまた認知症状態であること。確認は主治医の診断書にて行う。
退居に当たっての条件	1. 正当な理由なく利用料及び自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納した時 2. 伝染病、感染症等疾患により、他の利用者の生活、健康に重大な影響を及ぼす恐れが有り且つ、通常の介護方法ではこれを防止できない時。 3. 故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない時。

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。）

ユニット名（桜島一階）	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 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 職員の1週間の勤務延時間数(注270.4時間÷40時間=常勤換算数(6.8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 (小川 みち子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格 (看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7年 5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 (専門課程) □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)(バリデーション講習)
	計画作成担当者 氏名 (小川 みち子)	資格 (看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7年 5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 (専門課程) □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)(バリデーション講習)
	その他の職員 (7) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師 (0 名) その他(ホームヘルパー1・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 (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 (これからの認知症) 受講済者 (1 名) (痴呆論) 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 () 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 ・痴呆介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □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。

(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 (霧 島 二 階)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (8 名) ・非常勤 (4 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270.4時間÷40時間=常勤換算数(6.8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 (小川 みち子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格 (看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7年 5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 (専門課程) □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)(バリデーション講習)
	計画作成担当者 氏名 (犬童 晴代)	資格 (介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9年 2か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・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 (7) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師 (1 名) その他(ホームヘルパー1・2級) (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 (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 (これからの認知症) 受講済者 (1名) (痴呆論) 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 () 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 ・痴呆介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人修放会 田之畑クリニック 医療法人緑地会 谷山緑地病院 浜田しのぶ歯科医院
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 checked="" 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 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。