

(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19年 1月31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	1	0	0
※グループホーム名	グループホームひまわりの里									
※事業主体名(法人名)	有限会社ウェルケア					※代表者名	内田 強			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者が不安なく、家庭的な環境の下で日常生活上の世話及び心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活をその有する能力に応じ可能な限り自立して営む事が出来る様支援する。又、利用者の意思を尊重し尊厳や人格を傷つけず誠意を持って接し、親身になって生活介護を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島市吉野町5916-1			
※連絡先	電話	099-295-8631	FAX	099-295-8632
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 中別府終点より徒歩5分程			
開設年月日	平成17年 2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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	市街化調整区域(指定既存集落)		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	鉄骨造り平屋建て		
※広 さ	敷地面積(1,815.02)㎡ 延床面積(473.85)㎡ 1室あたりの居室面積(9.72)㎡		
※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)	27,000円 (1日 900円)	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (27,000)円	<input type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:)円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 (300)円 昼食 (350)円 夕食 (350)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	実費	
②おむつ代	実費	
③その他	光熱水費	実費 (1日 280円) 8,400円 (30日)

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (16名) [男性 (5名) 女性 (11名)]
	要介護1 (1名) 要介護2 (8名) 要介護3 (4名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 82歳) [最低 (69歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	介護認定を受け要支援2から要介護5までの方で、少人数による共同生活を送る事に支障がない程度の認知症の方。(暴力行為、自傷行為のある方は入居できません)
退居に当たっての条件	暴力行為、自傷行為のある方。家族の介護力回復。要支援になった場合。

(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 (さ くら)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (6.6 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) () 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (内田 強)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 すみれ) 資格 (<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 か月) 痴呆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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (8 年 か月) 痴呆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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (8) 名	資格 介護福祉士 (1 名) ヘルパー2級 (3 名) 介護支援専門員 (1) 名 その他 () (3 名) 痴呆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 (永嶋恵子) 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 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6 年 か月) 痴呆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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 （ す み れ ）	総数	（ 10 ）名 （内訳）・常勤（専任 3名） （兼務 名） 常勤換算（ 7.2 名） ・非常勤（ 7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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務（兼務の施設 <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤（ 1 名） <input type="checkbox"/> 宿直（ 名）
	※管理者 氏名 （ 内田 強 ）	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務（兼務の施設名 さくら） 資格（ <input checked="" type="checkbox"/> 准看護師， <input type="checkbox"/> 介護福祉士， <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員1級） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 8年 か月） 痴呆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） <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 看護師， <input type="checkbox"/> 介護福祉士， <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症ケア専門士） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 10年 か月） 痴呆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） <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 （ 9 ）名	資格 介護福祉士（ 2名） ヘルパー2級（ 2 名） 介護支援専門員（ ）名 その他（ ）（ 5 名） 痴呆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（ <input type="checkbox"/> 看護師等， <input type="checkbox"/> 介護福祉士， <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 年 か月） 痴呆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） <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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	相良外科 ・ 宮ノ下歯科クリニック
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
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。 市からの申し出にその都度応じている <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。