（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２月２２日現在）

（１）事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	9	0	1	0	0	0	1	3
※グループホーム名	グループホーム　てらやま									
※事業主体名（法人名）	社会福祉法人佳成会					※代表者名	理事長 小田原良治			

（２）※事業の目的及び運営の方針

福祉サービスを必要とする者が心身ともに育成され、又、社会、経済、文化そのほかあるゆる分野の活動に参加する機会を与えられると、ともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるよう援助することを目的とする。又、利用者には、その独立心を損なう事なく正常な社会人としての生活ができるように援助する。又、利用者の健康状態に常に注意し疾病の早期発見予防等に適切な措置をとると共に生活意欲の増進に積極的に指導を行う。

（３）組織の概要

※所在地	（〒　892　－　0871） 鹿児島市吉野町６５８１－２			
※連絡先	電　話	099-243-2811	ＦＡＸ	099-243-8666
交通の便 （最寄り交通機関等）	市営バス６番線　上ノ原バス停下車徒歩５分			
開設年月日	平成　１８年　４月　１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。）	な　し			

（４）建物の概要

※都市計画法上の用途地域	鹿児島市
※建物形態	■単独型　　□併設型
※建物構造	（　鉄筋　）造り（　２　階建ての　１　階部分）
※広　さ	敷地面積（　2951.99　）㎡　延床面積（　597.72　）㎡ １室あたりの居室面積（　9.98　）㎡
※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）		（　１０００円×３０＝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（　250　）円　昼　食（　250　）円 夕　食（　400　）円　おやつ（　100　）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		実費相当の負担	カット代１,000 円
②おむつ代		実費相当の負担	使用した分のみ
③その他	その他	日常生活での費用の徴収が必要となったときは、その都度利用者、家族に説明を行い同意を得たうえで徴収する。	

（６）入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（　　７　名）　〔男性（　３　名）　女性（　４名）〕
	要介護１（　１名）　要介護２（　２名）　要介護３（　３名） 要介護４（　１名）　要介護５（　　名）
	年齢（平均　85　　歳）　〔最低（　73 歳）　最高（　97　歳）〕
※入居に当たっての条件	要介護者（要介護１以上）であって認知症の状態にあり、概ね身辺自立ができており、共同生活が可能な方
退居に当たっての条件	１）サービス利用料金の支払が正当な理由なく、利用料金が遅延し、催告したにもかかわらず、２ヶ月滞納のとき ２）ご利用者が病院、又は診療所に入院し、２ヶ月以内に退院の見込みのない時 ３）ご利用者、代理人、その他の家族がグループホーム同職員又はご利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った時 ４）やむを得ず、グループホームを閉鎖、縮収する時。 ５）ご利用者が他介護保険施設等に入所・入院したとき ６）ご利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失したとき

（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。）

<table>
<tr><td rowspan="6">ユニット名（１丁目）</td><td>総数</td><td>（　　７　　）名
（内訳）・常勤　（専任　　７名）
（兼務　　名）　常勤換算（　７　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。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">夜間の体制</td><td>■専任　　□兼務（兼務の施設　　）</td></tr>
<tr><td>■夜勤（　１　名）　□宿直（　　名）</td></tr>
<tr><td>※管理者
氏名（豊留　栄子）</td><td>■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（　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]・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
（　　）
（　　）</td></tr>
<tr><td>計画作成担当者
氏名（豊留　栄子）</td><td>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
（　　）
（　　）</td></tr>
<tr><td>その他介護職員
（　６　）名</td><td>資格　介護福祉士（　　）名　看護師等（　１　名）
介護支援専門員（　　）名
その他（ヘルパー１級・ヘルパー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）
[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）</td></tr>
<tr><td>（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</td><td>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
（　　）
（　　）</td></tr>
</table>

（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。資格の蘭は，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	小田原病院・下川皮膚科・さこだ歯科・さくら眼科
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。）	
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。） ■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。