

(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3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	3	0	0	5	7	5
※グループホーム名	グループホーム愛									
※事業主体名(法人名)	有限会社 カリヤ					※代表者名	假屋 マリ子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

目的 有限会社カリヤが設置運営する認知症対応型共同生活介護の運営及び利用について必要な事項を定め事業の円滑な運営を図る
基本方針 要介護者であって認知症の状態にある者について、共同生活住居に於いて家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-0132) 鹿児島県鹿屋市下高隈町5039番地8			
※連絡先	電 話	0994-40-6100	F A X	0994-40-6111
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通鹿屋バスセンターから谷田経由高隈行乗車 垂水堀バス停下車30秒			
開設年月日	平成 14年 6月 11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	都市計画法の用途地域ではないが地域(東原町、下高隈町)内にあり 家族や地域と交流が確保される場所にある		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(鉄骨造一部木造平屋建) 造り (1階建ての1階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1265.0) m ² 延床面積 (590.684) m ² 1室あたりの居室面積 (10.8 m ² × 7室・12.6 m ² × 2室・9.95 m ² × 9室) 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)	(30 日で 21000) 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 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は 1 日 (800) 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	その都度実費	
②おむつ代	その都度実費	
③ そ の 他	特別に要望のある飲食物、嗜好品、本、新聞等は実費でいただきます	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (0 名) 女性 (18 名)]
	要介護 1 (4 名) 要介護 2 (7 名) 要介護 3 (2 名) 要介護 4 (4 名) 要介護 5 (1 名)
	年齢 (平均 85.7 歳) [最低 (77 歳) 最高 (96 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護度 1 以上であること→介護保険証確認 ・ 認知症であることを証明する診断書を有すること ・ 重要事項説明書、利用約款等による文書の説明を受けて納得の上、申し込み書等に記載をしていただきます。
退居に当たっての条件	利用約款第 4 条、長期入院等によるホームと家族の話し合いにより退居となります。

(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 ()	総数	(19) 名 (内訳)・常勤 (専任 13 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (4.4 名) ・非常勤 (6 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)
	※管理者兼 計画作成担当者 氏名 (石川 慶子)	■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 (28 年 8 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 () ()
	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 (28 年 8 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 () ()
	その他介護職員 (17) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 (4 名) 介護支援専門員 (1) 名 その他 (ヘルパー2級 他) (12 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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人青仁会 池田病院 医療法人愛心会 大隈鹿屋病院 医療法人恒心会 小倉記念病院 医療法人青仁会 池田病院歯科 医療法人彩苑会 園田クリニック さかもと歯科クリニック 医療法人碧仁会 井ノ上病院
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 (概ね 8 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。 関係機関と協議の上、可能な限り受け入れを整備したい と考えています。
	<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。