（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５月１日現在）

（１）事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	1	1	0	0	1	8	0
※グループホーム名	高齢者グループホーム有馬館									
※事業主体名（法人名）	医療法人　椎原会					※代表者名	有馬　則子			

（２）※事業の目的及び運営の方針

認知症高齢者が安定した日常生活を営むために、個人の尊厳を保ち、価値ある人生を送ること、さらには家族が安心して生活できるよう、適切な指定痴呆対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。

利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村等保険者、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者と密接な連携に努める。

（３）組織の概要

※所在地	（郵便番号 897-0008） 鹿児島県加世田市地頭所５７０番地			
※連絡先	電　話	0993（53）3667	ＦＡＸ	0993（58）2127
交通の便 （最寄り交通機関等）	鹿児島交通社　加世田バス・ステーションより徒歩５分			
開設年月日	平成１４年９月１７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。）				

（４）建物の概要

※都市計画法上の用途地域	無指定
※建物形態	□単独型　　■併設型
※建物構造	（　木造平屋建　）造り（　　階建ての　　階部分）
※広　さ	敷地面積（　3398.12　）㎡　　延床面積（　219.36）㎡ １室あたりの居室面積（　9.70　）㎡
※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）		（　　25,000　　）円
※保証金の有無（入居時一時金）		■有（　141,000　）円　　□無
	有の場合償却の有無	■有 延滞利用料、延滞入居料または損害賠償金があるときは、これらを差し引いてその残額を返還する
※食　費		朝　食（300）円　昼　食（400）円 夕　食（400）円

※その他の費用と徴収方法

名　目		徴　収　方　法	金　額（円）
①共益費		銀行口座振込みまたは現金支払	（月額）12,500 円
②オムツ代・理美容代		銀行口座振込みまたは現金支払	実費相当額
③その他	防水マット	銀行口座振込みまたは現金支払	（1 枚）50 円
	寝具類リース料	銀行口座振込みまたは現金支払	（1 日）50 円

（６）入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（９名）　〔男性（０名）　女性（９名）〕
	要介護１（３名）　要介護２（２名）　要介護３（４名） 要介護４（０名）　要介護５（０名）
	年齢（平均８６歳）　〔最低（７７歳）　最高（９３歳）〕
※入居に当たっての条件	１　６５歳以上で、介護保険において要支援２から要介護５であると認定された方 ２　中等度の認知症のある方
退居に当たっての条件	１　要介護の状態でなくなった方 ２　共同生活介護ができなくなった方

（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="5">ユニット名（　　）</td><td>総数</td><td>（　９　）名
（内訳）・常勤　（専任　　９　名）
（兼務　　名）　常勤換算（４．７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>夜間の体制</td><td>■専任　　□兼務（兼務の施設　　）
■夜勤（　１　名）　□宿直（　　名）</td></tr>
<tr><td>※管理者
氏名
有木　利行</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（１２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]・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</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（　７　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
（　苦情・事故事例研修会　）
（　福祉サービスに関する相談・苦情解決研修会　　）</td></tr>
<tr><td>その他介護職員
（　　）名</td><td>資格　介護福祉士（　２　）名　看護師等（　１　名）
その他　（　ヘルパー２級　）（　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（　０　名）
[17 年度以降]・認知症介護　実践者研修　受講済者（　０　名）
・上記の研修の他に受講した研修名
（　GH 連絡協議会スタッフ研修会）　受講済者（　１　名）
（　身体拘束廃止推進委員会）　受講済者（　１　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	医療法人椎原会　有馬病院 特別養護老人ホーム　川辺みどり園 医療法人蒼風会　児玉病院 老人保健施設　かわなべ寿光苑 医療法人慶勇会　中村歯科医院
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	□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。