

(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 9月30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	5	1	1	5
※グループホーム名	グループホームあらた									
※事業主体名(法人名)	(有) 鹿児島メディカル					※代表者名	橘 裕紀			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>(目的) 認知症になっても住み慣れた町で普通の生活を続けることが出来るよう、要介護状態の認知症高齢者に適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。</p> <p>(運営方針) あたたかな生活環境の場を提供し、利用者が有する能力を活かした尊厳ある生活を過ごせるよう努める。また「楽しみ」の毎日、「安心」の日常を送り、地域の中での暮らしを支援する。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒890-0054) 鹿児島市荒田1丁目51番14号			
※連絡先	電話	099-252-2561	FAX	099-252-2563
交通の便 (最寄り交通機関等)	JR 鹿児島中央駅から自家用車5分 鹿児島大学バス停から徒歩2分 市電たばこ産業前から徒歩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	(2) ユニット 利用定員 (18) 人	
※グループホーム の併施設 (併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	近隣商業地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄筋コンクリート) 造り (4 階建ての 2 と 3 階部分)
※広 さ	敷地面積 (4 4 7 . 5 6) m ² 延床面積 (8 2 7 . 4 6) m ² 1室あたりの居室面積 (9 . 4 1) 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)	(1100 円/ 日) 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 (1000) 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		実費相当額
②おむつ代		実費相当額
③ そ の 他	水道・光熱費	600 円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (1名) 女性 (17名)]
	要介護1 (11名) 要介護2 (2名) 要介護3 (3名) 要介護4 (2名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 81歳) [最低 (74歳) 最高 (91歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援2以上の被認定者であって、認知症の状態である方 ・脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的障害のため日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態である者 ・少人数 (9人) での共同生活が可能なる方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合 ・利用者が死亡した場合 ・利用者が病気の治療等その他のために長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能になったとき ・利用者が他の介護療養施設などへの入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能なき

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (2 F あ じ さ い)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (8 名) ・非常勤 (0 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 (0 名)
	※管理者 氏名 (原田千代子)	□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 (5 年 0 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 (5 年 0 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 (7) 名	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ホームヘルパー2級) (4 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 () 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 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。

(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 (3 F ひ ま わ り)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (7 名) ・非常勤 (0 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	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (0 名)
	※管理者 氏名 (原田千代子)	□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 (5 年 0 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…栄養士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (2 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 [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 (6) 名	資格 介護福祉士 (4) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 (ホームヘルパー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 () 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 月 日) 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	①たちばな循環器科いいやま病院 ②小田代病院 ③村岡歯科
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。)	なし
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… (自由)
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) 市よりの要請があればいつでも受け入れ可能
	<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。