

(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5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 | 0 | 7 | 3 | |
| ※グループホーム名 | ケル-フホーム いろいろの家 | | | | | | | | | | |
| ※事業主体名 (法人名) | 有限会社いろいろ | | | | | | | ※代表者名 | 吉倉里美 | | |

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(3) 組織の概要

| | | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|------------|-------------|
| ※所在地 | (〒891-0144) 鹿児島市下福元5498番地 | | | |
| ※連絡先 | 電話 | 262-4647 | FAX | 821-1120 |
| 交通の便 (最寄り交通機関等) | 鹿児島交通 別府東バス停徒歩3分 | | | JR坂上駅 徒歩10分 |
| 開設年月日 | 平成18年4月1日 | ※ユニット数 と利用定員 | (/) 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。) | デイサービスいろいろの家 (通所介護) | | | |

(4) 建物の概要

| | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| ※都市計画法上の 用途地域 | 市街化区域 一種低層 | | |
| ※建物形態 | <input type="checkbox"/> 単独型 | <input checked="" type="checkbox"/> 併設型 | |
| ※建物構造 | (木) 造り (2 階建ての / 階部分) | | |
| ※広 さ | 敷地面積 (5/2) m ² 延床面積 (333) m ² 1室あたりの居室面積 (7.83 ~ 8.93) m ² | | |
| ※二人部屋の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |

(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5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 | 0 | 7 | 3 |
| ※グループホーム名 | ゲル-フ ^o ホーム いろいろの家 | | | | | | | | | |
| ※事業主体名 (法人名) | 有限会社いろいろ | | | | | ※代表者名 | 吉倉里美 | | | |

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)

第1条 有限会社いろいろが行う指定認知症対応型共同生活介護 (以下「事業」という) の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護者であって認知症の状態にある高齢者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 指定認知症対応型共同生活介護の従事者は、要介護者であって認知症の状態にあるものについて共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他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、必要な援助を提供します。

2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

| | |
|----------------------------------------|---------------------|
| ※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。) | デイサービスいろいろの家 (通所介護) |
|----------------------------------------|---------------------|

(4) 建物の概要

| | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※都市計画法上の用途地域 | 市街化区域 一種低層 |
| ※建物形態 | <input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型 |
| ※建物構造 | (木) 造り (2 階建ての / 階部分) |
| ※広 さ | 敷地面積 (5/2) m ² 延床面積 (333) m ² 1室あたりの居室面積 (7.83 ~ 8.93) 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) | (2,000 (30日)) 円 | |
| ※保証金の有無 (入居時一時金) | <input type="checkbox"/> 有 () 円 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 有の場合償却の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (期間:) 円 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ※食費 | 朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 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 | その都度 | 実費 |
| ②おむつ代 | 〃 | 実費 |
| ③その他 | 冷暖房費 冬(11.12.1.2.3月) 夏(7.8.9月) | 毎月とめて 2,000/月 |
| | 家電製品 1家電製品ごとに | 毎月とめて 500/月 |
| | | |

(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 (3 名) 要介護3 (3 名) 要介護4 (0 名) 要介護5 (0 名) |
| | 年齢 (平均 歳) (最低 (60 歳) 最高 (95 歳)) |
| ※入居に当たっての条件 | 共同生活を営むことができず |
| 退居に当たっての条件 | 共同生活が営めなくなった方。 入院の必要性のある方 |

(8) その他

| | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ※提携医療機関名 | 三宅病院 古川胃腸科クリニック ゆのうえクリニック こうすま歯科 |
| 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。) | |
| 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 |
| 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。) |
| | <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。