

(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 12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、必要事項を定めて事業の円滑な運営を図ることを目的とする。方針: 要支援・要介護者であつて認知症の状態にある者について共同生活に於て、安定的環境の下で入浴、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依り日常生活を営むことが出来るようになる。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 893-0182 ) 鹿屋市下高隈町5039番地8			
※連絡先	電話	0994-40-6100	FAX	0994-40-6111
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿屋			
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。)	なし			

(4) 建物の概要

A棟

※都市計画法上の用途地域	都市計画法の用途地域では係が、地域(東春町、下高隈町)の集落地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 type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨造一部不造平屋)造り( , 階建ての / 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 1265 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 421.25 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10.83m <sup>2</sup> x 7室 12.6 ) m <sup>2</sup> x 2室			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 18 年 12 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、必要事項を定めて事業の円滑な運営を図ることが目的とする。方針: 要介護2、要介護者であつて認知症の状態にある者について共同生活に於て、高度的環境下で入浴、排泄、履穿等の介護を他の日常生活上の世話及び機能訓練と行うことにより、利用者がその有る能力に及び日常生活を暮らして行くこととする。
--

(3) 組織の概要 B棟

※所在地	(〒 893-0132 ) 鹿屋市下高隈町5039番地8			
※連絡先	電話	0994-40-6100	FAX	0994-40-6111
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿屋集通バス谷田経由高隈好乗車、免水坂下車徒歩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。)	なし			

(4) 建物の概要 B棟

※都市計画法上の用途地域	都市計画法の用途地域では係が、地域(東原町、下高隈町)の集落地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 type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 鉄骨造一部木造平屋 ) 造り ( , 階建ての / 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 1265 ) m <sup>2</sup>	延床面積 ( 257.2 ) m <sup>2</sup>	1室あたりの居室面積 ( 9.95 ) m <sup>2</sup>	
※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)

A 棟

※家賃 (月額)	( 30日の場合 21,000 ) 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 ( 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	月末に計算翌月上旬支払 (実費)	
③その他	※ 特別な食品 (ヨーグルト等) ~ その都度	

(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 ( 2 名 ) 要介護2 ( 1 名 ) 要介護3 ( 3 名 ) 要介護4 ( 3 名 ) 要介護5 ( 0 名 )
	年齢 (平均 85.5 歳) [最低 ( 78 歳 ) 最高 ( 97 歳 )]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>要支援、要介護者であり共同生活が可能であること</li> <li>介護認定を受けていること</li> <li>認知症であることの証明を有すること</li> <li>重要事項説明書、利用約款等による説明を受けて納得の上で入居 止業等に同意</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用約款等オ4条により当施設への入居と解除は可能 (利用約款別添)</li> </ul>

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

B棟

※家賃 (月額)	( 30日の場合 21,000 ) 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 ( 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	月末に計算 翌月上旬支払 (実費)	
③その他	※ 特別な食品 (ヨーグルト等) ~ その都度	

## (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 ( 1 名 ) 要介護2 ( 3 名 ) 要介護3 ( 2 名 ) 要介護4 ( 3 名 ) 要介護5 ( 0 名 )
	年齢 (平均 86.2歳) [最低 ( 79 歳 ) 最高 ( 96 歳 )]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護2、要介護者であり共同生活が可能であること</li> <li>介護認定を受けていること</li> <li>認知症であることの証明を有すること</li> <li>重要事項説明書、利用約款等による説明を受けて納得の上で入居 必要書類を記載して下す</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用約款等オ4条により当グループホームと解除し得る (利用約款別添)</li> </ul>

(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 ( A 棟 )	総数 ( ( 9 ) 名 ) (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 6.9名 ) ・非常勤 ( 4名 ) ・職員勤務時間を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 <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤 ( 1名 ) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 0名 )
	※管理者 氏名 ( 石川慶子 ) <input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 29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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 介護支援専門員現任研修 ) ( )
	計画作成担当者 氏名 ( ) 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 1年 3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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 介護支援専門員研修 1 受講済 ) H18.1.16. ( " 2 現社受講 ) H18.1.22現在
	その他介護職員 ( )名 資格 介護福祉士 ( 1 )名 看護師等 ( )名 介護支援専門員 ( 0 )名 その他 ( AWP-2級 ) ( 5名 ) 認知症介護に関する研修の受講歴 資格外 1名 ・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 ( 0名 ) ( ) 受講済者 ( 0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 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 名  B  棟	総数 ( ( ) 名 )	(内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 17名 ) ・非常勤 ( 2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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤 ( /名 ) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名 )
	※管理者 氏名 (石川慶子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 グループホーム慶A棟 ) 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 29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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 )
	計画作成担当者 氏名 ( )	資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 29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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護支援専門員現任研修 )
	その他介護職員 ( )名	資格 介護福祉士 ( 0 )名 看護師等 ( 2 )名 介護支援専門員 ( 0 )名 その他 (ヘルパー2級 ) ( 5 )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 ( 0 )名 ( ) 受講済者 ( 0 )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 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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	医療法人社団 池田病院 医療法人社団 大橋産科病院 医療法人社団 小倉記念病院 " 小倉リハビリテーション病院、まかもと歯科クリニック 医療法人社団 井ノ口病院 医療法人社団 丸山クリニック
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。)	・市の事業の委託はなし ・産科に毎月ホーム visits を行い、運営状況の報告をしている(関係課長) ・運営推進委員会に於て市職員を通じて市に報告し、助言をもらっている
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 checked="" 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) その必要性があれば可能な限り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。