（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

1F

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	4	0	5	0
※グループホーム名	グループホーム　中山の里									
※事業主体名（法人名）	有限会社たすけあい鹿児島					※代表者名	茂谷　節子			

（２）※事業の目的及び運営の方針

・認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の中で心身の機能訓練を行なう事により、安心と、尊厳のある生活、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。
・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に沿ったサービスの提供に努めるとともに、
個別介護計画を作成することにより、利用者が必要とする、適切なサービスを提供する。
・利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明し、適切な介護技術をもってサービスを提供する。
・常に提供したサービスの質、管理、評価を行う。

（３）組織の概要

※所在地	（〒891－0116　　） 鹿児島市上福元町稲次 5933 番地			
※連絡先	電　話	099-266-0003	ＦＡＸ	099-266-0003
交通の便 （最寄り交通機関等）	鹿児島交通真方バス停より徒歩６分			
開設年月日	平成 17 年　　1 月　　5 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	
※建物形態	■単独型　　□併設型
※建物構造	（軽量鉄骨作り　　）造り　（2 階建ての　　1、2 階部分）
※広　さ	敷地面積（　565　　）㎡　延床面積（　496.94　　）㎡ １室あたりの居室面積（　11.81　　）㎡
※二人部屋の有無	□有　　■無

（5）利用料等（入居者の負担額 ）1　階

※家賃（月額）		（ 27,000 ）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（ 300 ）円　昼　食（ 350 ）円 夕　食（ 350 ）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		実費徴収	1,000 円
②おむつ代		実費	5,000 円～10,000 円
③その他	水道光熱費		1 日 600 円
	オムツ処理代	使用者のみ　毎月 1 回	1,000～1,500 円
	嗜好品等	実費（買い物の都度　）	
	医療費	実費	

（6）入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数（　9 名）　〔男性（　4 名）　女性（　5 名）〕
	要介護 1（ 1 名）　要介護 2（ 1 名）　要介護 3（ 4 名） 要介護 4（　3 名）　要介護 5（　名）
	年齢（平均　81.5 歳）　〔最低（ 73 歳）　最高（ 88 歳）〕
※入居に当たっての条件	①主治医の診断書の提出（介護保険の要介護 1 以上の認定を受け認知症の診断等受診状況が分かるもの） ②身元保証人確認と承諾 ③少人数による共同生活を営むことに支障が無いこと ④常時医療機関において治療をする必要が無いこと
退居に当たっての条件	① 共同生活の秩序を著しく乱し他の入居者に迷惑を及ぼす恐れのある時 ② 利用料その他滞納が 1.5 ヶ月及んだ時 ③ 疾病にて他施設へ入院、入院の状態が二週間以上見込まれる時は一時退去扱いとする

（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。）１階

ユニット名（　　）	総数	（　１０　）名 （内訳）・常勤　（専任　　3　名） （兼務　　1名）　常勤換算（　　8,0　名） ・非常勤（　　7　　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）（　　330　）時間÷４０時間＝常勤換算数 （　　.8,0　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 氏名 （永野　洋子）	□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（社会福祉主事） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（　　13年　11　　か月） 痴呆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 （　平成15年専門課程受講） （　平成18年6月全国認知症グループホーム研修）
	計画作成担当者 氏名 （時間　まり）	資格（□看護師等，■介護福祉士，■介護支援専門員 □その他 痴呆性高齢者のケアの経験年数（　　9年　　か月） 痴呆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 （　9　）名	資格　介護福祉士（　　）名　看護師等（　　2名） 介護支援専門員（　　）名 その他　　（ヘルパー2級）（　　5名） 痴呆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　　） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（　　年　　か月） 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修（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	谷山生協クリニック 今村病院分院 歯科　コムスン、大迫歯科
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。）	必要に応じて市町村とは連絡を取ります。
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。） 市の介護相談員等相談があればいつでも受け入れます。
	□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。