

(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11月20日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	3	9	0	0	1	7	3
※グループホーム名	グループホームのどか									
※事業主体名(法人名)	コロンブス株式会社					※代表者名	手塚 信幸			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

高齢化社会の中で、認知症になっても少人数かつ家庭的雰囲気の中で安心して生活できる場所を提供し、職員と共に家事や日常生活を行うことにより機能訓練並びに残存機能を活用し、症状改善や進行防止に努め自立を支援することを目的とする。  
こころの通う介護・生きるよろこびの共有、一人ひとりの個性に見合った生活づくりを運営方針とします。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒895-2201) 鹿児島県薩摩郡さつま町求名13564			
※連絡先	電 話	0996-57-1535	F A X	0996-57-1513
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 薩摩総合支所前まで 500m			
開設年月日	平成18年 1月20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	無			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨造り平屋) 造り ( 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 2922 ) m <sup>2</sup> 延床面積 (487.67) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 11.4 ) 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)

※家賃 (月額)	( 36,000) 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 (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	理美容室までの送迎・ボランティア散髪	実費または無料
②おむつ代	事前に預り金銭出納帳にて管理	実費
③ そ の 他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 14名) [男性 ( 6名) 女性 ( 8名)]
	要介護1 ( 4名) 要介護2 ( 3名) 要介護3 ( 7名) 要介護4 ( 0名) 要介護5 ( 0名)
	年齢 (平均83.4歳) [最低 (65歳) 最高 (93歳)]
※入居に当たっての条件	認知症があり、要介護状態で在宅での生活が困難な方。
退居に当たっての条件	共同生活を行えなくなった方や在宅でも生活が可能になった方。

(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。）

ユ ニ ツ ト 名 （ い と う 家 ）	総数	( 7 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算 (7.2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( 名)
	※管理者 氏名 (伊東 洋子)	□専任 ■兼務(兼務の施設名 グループホームのどか) 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( 4年 7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( 4年 7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( 1 ) 名 看護師等( 名) 介護支援専門員( ) 名 その他 (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( 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 (手塚 ゆき) 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( 1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 ( ) ( )	

(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 （ な か む ら 家 ）	総数	（ 8 ）名 （内訳）・常勤（専任 8名） （兼務 名） 常勤換算（7.5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（ 名）
	※管理者 氏名 （伊東 洋子）	□専任 ■兼務（兼務の施設名 グループホームのどか） 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（ 4年 7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（ 29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 （ ） （ ）
その他介護職員 （ 7 ）名	資格 介護福祉士（ 3 ）名 看護師等（ 2名） 介護支援専門員（ ）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（ 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 （手塚 ゆき） 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（ 1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 （ ） （ ）	

(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。

