

(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17年11月2日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	8	9	0	0	1	9	4
※グループホーム名	グループホーム美笠									
※事業主体名(法人名)	インターナショナル・ホスピタル・サービス(株)					※代表者名	能宗 克行			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>適切な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の痴呆対応型共同生活介護従事者が要介護者に対し、適切な入所生活介護サービスを提供する事を目的とする。</p> <p>指定痴呆対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。</p>
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒894-0512) 鹿児島県大島郡笠利町中金久 113-1			
※連絡先	電 話	0997-63-2200	F A X	0997-63-2200
交通の便 (最寄り交通機関等)				
開設年月日	平成16年12月8日	※ユニット数 と利用定員	(9) 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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋建て)造り (1階建ての1階部分)			
※広 さ	敷地面積(2878.19)㎡ 延床面積(273.27)㎡ 1室あたりの居室面積(9.10)㎡			
※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)	(一日: 330 円 月約 1万円) 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 (300) 円 昼食 (300) 円 夕食 (300) 円 おやつ (100) 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	実費相当額	2,000 円
②おむつ代	実費相当額	
③ そ の 他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (8名) [男性 (1名) 女性 (7名)]
	要介護 1 (5名) 要介護 2 (2名) 要介護 3 (名) 要介護 4 (1名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 87.3 歳) [最低 (76 歳) 最高 (98 歳)]
※入居に当たっての条件	・ 要介護者で共同生活が可能な認知症の方。
退居に当たっての条件	・ 他の利用者に迷惑をかけたり、共同生活に支障をきたす場合。 ・ 医療機関での治療が必要になり、長期入院になる場合。 ・ 利用者本人又は家族の希望による場合。

(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 (総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算 (8.3名) ・非常勤 (1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 (名) □宿直 (名)
	※管理者代行 氏名 (大山 摩作子)	□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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (3年 2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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (大山 摩作子)	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 ・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 () 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー1級・2級) (7 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 (和田 貴恵子) 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 ヘルパー1級過程終了) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (6年 6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 (苦情・事故事例活用研修会) 鹿児島県国保連合会 ()	

(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。

