

(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 5月 1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	6	9	0	0	1	3	9
※グループホーム名	グループホーム 昭ちゃんの家									
※事業主体名(法人名)	医療法人 参昭会					※代表者名	理事長 宮路紀昭			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

利用者の要介護状態の軽減、自立への促進もしくは悪化の防止に資する日常生活における援助等を行うことにより、精神的に安定し、健康で明るい生活を送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図る。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-7503) 鹿児島県志布志市有明町蓬原554番地6			
※連絡先	電 話	099-475-2224	F A X	099-475-0904
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 上園バス停まで1km			
開設年月日	平成17年 4月 1日	※ユニット数 と利用定員	(1) 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	■単独型 □併設型			
※建物構造	(木造平屋建) 造り (1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (885) m ² 延床面積 (311.97) m ² 1室あたりの居室面積 (12.184~14.606) m ²			
※二人部屋の有無	■有 □無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(20,000) 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 (277) 円 昼食 (277) 円 夕食 (277) 円 おやつ () 円 又は1日 () 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	お小遣いのある方はその都度徴収、ない方は翌月に現金または口座振り込み	実費
②おむつ代	毎月使用分を翌月に現金または口座振り込み	実費
③その他	寝具レンタル代	2,000 円 / 月
	消耗品費	毎月使用分を翌月に現金または口座振り込み
	水道光熱費	5,000 円 / 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 () 名 女性 (9 名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (3名) 要介護3 (2名) 要介護4 () 名 要介護5 () 名
	年齢 (平均 86.4歳) [最低 (81歳) 最高 (91歳)]
※入居に当たっての条件	要介護状態であって認知症の状態にあり、少人数による共同生活を営むことに支障のないこと
退居に当たっての条件	利用者及び家族の希望による。病気入院治療が長期にわたる場合。また退去後の生活環境が整っていること。

(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 ()	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 7 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (8.3 名) ・非常勤 (3 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 (原田 誠)	■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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (10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) □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 ホームヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数 (1年 1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 (8) 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(社会福祉士、ホームヘルパー1・2級) (3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 () 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 (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。

