

(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18日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	5	1	3	1
※グループホーム名	寿康園グループホーム宮之浦									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人寿康会					※代表者名	前田義博			

(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、排泄、入浴等の日常生活上の支援、心身の機能訓練をおこない、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して生活できるように支援する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-1305) 鹿児島市宮之浦町892番地			
※連絡先	電 話	099-294-1017	FAX	099-294-1017
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 県教育センター前			
開設年月日	平成18年3月15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	都市計画区域内(区域区分非設定)			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄構造) 造り (2 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (520.98) m ² 延床面積 (494.98) m ² 1室あたりの居室面積 () m ²			
※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)	(33,000 (30日)) 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 (1000) 円	
※その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額 (円)
①光熱水費		1日300円
②病院代、理美容代、おむつ代等		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 (10名) [男性 (2名) 女性 (8名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (3名) 要介護3 (3名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均85, 8歳) [最低 (97歳) 最高 (78歳)]
※入居に当たっての条件	指定認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護者であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とする。 ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ② 自傷他害のおそれがないこと。 ③ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
退居に当たっての条件	入居後利用者の状態が悪化した場合は、退居してもらう場合がある。退居届けを提出していただく。居室は現状復帰していただく。 退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。

※現在 人員欠員です

(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 () 登 檜 I () 	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 1名) (兼務 6名) 常勤換算 (7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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (上村慈人)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9年 6 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 checked="" 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9年 6 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 checked="" 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 () ()
その他介護職員 (6)名	資格 介護福祉士 (3)名 看護師等 (1名) 介護支援専門員 ()名 その他 (ヘルパー1、2級) (1級1名 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 (野元美佐代) 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 checked="" 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 (4 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。

※現在 人員欠員です

(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。)

ユニット名 (登 檜 II)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 1 名) (兼務 6 名) 常勤換算 (7 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 checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (上村慈人)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (9 年 6 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 checked="" 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (<input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" 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 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 checked="" 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 () ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (2 名) 介護支援専門員 (1) 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 (平原 貢) 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 checked="" 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 (22 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。

