

(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19年2月22日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	9	0	1	0	0	0	1	3
※グループホーム名	グループホーム てらやま									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人佳成会					※代表者名	理事長 小田原良治			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

福祉サービスを必要とする者が心身ともに育成され、又、社会、経済、文化そのほかあるゆる分野の活動に参加する機会を与えられると、ともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるよう援助することを目的とする。又、利用者には、その独立心を損なう事なく正常な社会人としての生活ができるように援助する。又、利用者の健康状態に常に注意し疾病の早期発見予防等に適切な措置をとると共に生活意欲の増進に積極的に指導を行う。
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 892 - 0871) 鹿児島市吉野町6581-2			
※連絡先	電 話	099-243-2811	F A X	099-243-8666
交通の便 (最寄り交通機関等)	市営バス6番線 上ノ原バス停下車徒歩5分			
開設年月日	平成 18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。)	な し			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	鹿児島市			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 鉄筋 ) 造り ( 2 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 2951.99 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 597.72 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 9.98 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			



(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  （ 2 丁 目  ）	総数	( 8 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 名) 常勤換算 ( 7 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(豊留 栄子)	■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 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 ( 8 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) ■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(山下 智美)	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 ( 8 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) ■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 ( ) 名 看護師等 ( 1 名) 介護支援専門員 ( ) 名 その他(ヘルパー1級・ヘルパー2級 ) ( 5 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。

