

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 年 月 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	9	6	0	0	0	8	2
※グループホーム名	グループホームゆんぬ									
※事業主体名(法人名)	医療法人沖縄徳洲会					※代表者名	徳田虎雄			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

痴呆の要介護者に対し、痴呆対応型協同生活介護計画に基づき、共同生活の中で日常の援助や機能訓練を通して痴呆の進行を穏やかにし、家庭的な環境で楽しみや喜びを感じることでできる生活が送れるよう支援していくことを目的とする。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-9301)		
	鹿児島県大島郡与論町茶花302-5		
※連絡先	電話	0997-81-3919	FAX 0997-81-3436
交通の便 (最寄り交通機関等)	みなみバス(島内循環バス)でグループホームゆんぬ前で乗降車可能		
開設年月日	平成 17年 5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。)	併設施設なし		

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	なし		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木造1階建)造り (階建ての 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (1,169.8) m ² 1室あたりの居室面積 (8.5) m ²	延床面積 (257.95) 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)	(日額 450) 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 (250) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 円 おやつ (50) 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	近隣の理美容室へ職員が同行あるいは出張で来てもらい、本人支払	実費相当額
②おむつ代	月利用料請求時に、別途項目にて請求	実費相当額 (上限10,000円)
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (4 名) [男性 (2 名) 女性 (2 名)]
	要介護1 (2 名) 要介護2 (名) 要介護3 (/ 名) 要介護4 (/ 名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均 82 歳) [最低 (66 歳) 最高 (91 歳)]
※入居に当たっての条件	・要介護度1以上の軽度から中程度の痴呆性高齢者で日常生活において、ある程度自立している方。
退居に当たっての条件	・要介護度が支援又は自立となった方又は、痴呆症状が著しく改善し日常生活で自立可能となった場合。 ・施設や他の入居者に対し危害を与える行動が頻繁に見られる場合。 ・長期の入院治療が必要になったとき。

(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	() 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 0 名) 常勤換算 (2 名) ・非常勤 (4 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 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (0 名)
	※管理者 氏名 (林 久美子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名グループホームかめ介護職員) 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 () 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (4 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) <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 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 checked="" 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 type="checkbox"/> その他 () 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (11 年 9 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) <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 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 (4) 名	資格 介護福祉士 (0) 名 看護師等 (0 名) 介護支援専門員 (0) 名 その他 () () 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 () 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 type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員) <input type="checkbox"/> 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 ・痴呆介護実務者研修 (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。

