

## 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 8 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	1	0	0	2	1	9
※グループホーム名	グループホーム どんぐりの里									
※事業主体名 (法人名)	医療法人健秀会 たまいクリニック					※代表者名		玉井 秀亀		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>事業の目的・・事業の適切な運営を確保するため、人員の管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が要介護者に対し、適切な認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。</p> <p>運営の方針・・指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減・悪化防止に資するよう、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	(〒 899 - 5102 ) 鹿児島県霧島市隼人町真孝113-1			
※連絡先	電 話	0995-44-6934	FAX	0995-44-6935
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス 川尻バス停より徒歩5分			
開設年月日	平成 14 年 3 月 25 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	第2種住居専用地域			
※建物形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 軽量鉄骨 ) 造り ( 1 階建ての 1 階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 578 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 203.43 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 10.23 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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。）

総数	( 8 ) 名
	(内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.3 名) ・非常勤 ( 2 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 type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
※管理者 氏名 (丸田久子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 ) 資格 ( <input checked="" 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 ) 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 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 ( 武田健児 )	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 ( 7 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 ( 名) 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 ( ホームヘルパー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 ( 0 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 ) 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) <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。

