

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

<u>グループホーム名</u>		<u>事業主体名</u>	
		<u>代表者名</u>	

2) 事業の目的及び運営の方針

3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒 E-mail	TEL FAX
交通の便（最寄りの交通機関等）		
開設年月日	昭和・平成 年 月 日	<u>ユニット数と利用定員</u> ()ユニット 利用定員()人
<u>グループホームの併設施設</u> <u>（併設施設からのサービスが</u> <u>あればその内容もご記入下</u> <u>さい。）</u>		

4) 建物の概要

<u>建物形態</u>	単独型 併設型
<u>建物構造</u>	()造り(階建ての 階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積()㎡ 延床面積()㎡ 1室あたりの居室面積()㎡
<u>二人部屋の有無</u>	有 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃(月額)</u>		() 円
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		有 () 円 無
	有の場合償却の有無	有 (期間:) 無
<u>食費</u>		朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は 1 日 () 円
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴収方法	金 額 (円)
理美容代		
おむつ代		
そ の 他		

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (名) (男性 (名) 女性 (名))
	要介護 1 (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 歳) (最低 歳) (最高 歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	
退居に当たっての条件	

7) 職員の概要 (複数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 ()	
総数 (介護従業者)	(名) ----- (内訳)・常勤(専任 (名)) (兼務 (名)) } 常勤換算 (名) ・非常勤 ((名))
	常勤換算数の算出方法 例) 常勤職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合。 全介護従業者の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	専任 (名) 兼務 (兼務の施設 (名)) ----- 夜勤 ((名)) 宿直 ((名))
<u>管理者</u> 氏名 ()	専任 (名) 兼務 (兼務の施設名 (名)) 資格 (()) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 (専門課程) 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 (()) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 (専門課程) 受講済 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
その他の職員	資格 介護福祉士 ((名)) 看護師 ((名)) その他 ((名)) ((名)) 認知症介護に関する研修等の受講歴 研修名 () 受講済者 ((名)) () 受講済者 ((名)) () 受講済者 ((名))
(再掲) ホーム長 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 (()) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 (専門課程) 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。

