

(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 1 月 20 日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	3	5	0	0	0	9	8
※グループホーム名	グループホーム れんげそう									
※事業主体名(法人名)	医療法人 小山クリニック					※代表者名	小山 隆夫			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症の高齢者に対し日常生活における援助等を行うことにより、症状の進行を穏やかにし、精神的に安定して健康で明るい生活をおくれるよう援助し、認知症の高齢者の福祉の増進を図る。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-3403) 鹿児島県南さつま市尾下390番地			
※連絡先	電 話	0993-77-2646	F A X	0993-77-2648
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通田布施麓バス停より徒歩5分			
開設年月日	平成 17 年 4 月 12 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。)	小山クリニック (内科 19床) 指定居宅通所リハビリテーション 指定居宅介護支援事業			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	都市計画区域外、無指定地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造平屋) 造り (1 階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (2.452) m ² 延床面積 (517.9) m ² 1室あたりの居室面積 (9.1) 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)	(24.000) 円
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input 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 (200) 円 昼 食 (400) 円 夕 食 (400) 円 おやつ (0) 円 又は1日 () 円
※その他の費用と徴収方法	
名 目	徴 収 方 法
①理美容代	月末締め 15日徴収 実費
②おむつ代	月末締め 15日徴収 実費
③その他	水道光熱費 月末締め 15日徴収 (1日450円) 13.500円

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18 名) [男性 (3名) 女性 (15 名)]
	要介護1 (9名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (5 名) 要介護4 (0 名) 要介護5 (0 名)
	年齢 (平均 88.5 歳) [最低 (77 歳) 最高 (98 歳)]
※入居に当たっての条件	要介護認定され、認知症の状態にあり下記を満たす方 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. 自傷他害の恐れのないこと 3. 常時医療機関において治療する必要がないこと
退居に当たっての条件	・要介護認定において自立または要支援と認定された場合 ・契約者が死亡された場合 ・契約者が入院等で長期にグループホームを離れることが決まりかつその移転先の受け入れが可能になったとき ・契約者が他の介護施設などへの入居が決まりその移転先の受け入れが可能になったとき

(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 (第 1 ユ ニ ツ ト)	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7 名) ・非常勤 (0 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 (木戸 康仁)	<input type="checkbox"/> 専 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名第2ユニット) 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 type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (21 年 0 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 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 (21 年 0 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 (6) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (1 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ヘルパー2級) (2 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 (1 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。

(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 へ 第 2 ユ ニ ツ ト 名 へ	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 名) 常勤換算 (7 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(1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 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 (木戸 康仁)	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 第1ユニット) 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 type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(21 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 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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(12 年 7 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 (7) 名	資格 介護福祉士(1) 名 看護師等(0 名) 介護支援専門員(1) 名 その他(ヘルパー1級 1名、ヘルパー2級4名) (5 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(1 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。

(8) その他

※提携医療機関名	介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 養徳園 介護老人保健施設 湯の浦ナーシングホーム 宮内クリニック 田淵歯科
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業名 等具体的に記入してください。)	町が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。 情報提供においては、町に対し運営規定、及び重要事項の概要、事業所の体制等の情報について提供を行う。 また町より情報提供の依頼があれば随時行う。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。)
	<input checked="" type="checkbox"/> 無

(注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業実施要綱」(平成12年5月1日老発第473号厚生省老人保健福祉局長通知別添1)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(留意事項)

「※」の項目は、介護保険法施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。