

(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28年4月22日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	1	5	0	0	1	6	5	
※グループホーム名	虹の杜										
※事業主体名(法人名)	医療法人 仁梅会							※代表者名	山之内梅節		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

◦人は人として幸せを感じるホーム ◦生活リズムは個人のリズム ◦家族として全てに接し行動 ◦全てにおいて前向きに考え行動	◦地域との垣根のない交流の支援を目指す。
---	----------------------

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-3303)			
	鹿児島県日置市吹上町湯之浦760番地1			
※連絡先	電話	099-245-1460	FAX	099-245-1461
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通 世田行 鹿児島行 バス停 宮内で下車			
開設年月日	平成17年 8月 / 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。)				

(4) 建物の概要

※都市計画法上の用途地域				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨2階建) 造り (2階建ての1.2階部分)			
※広さ	敷地面積 (816.84) m ² 延床面積 (606) m ² 1室あたりの居室面積 (12.09) 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)	(1日800円 30日分/24,000) 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 (300) 円 昼食 (350) 円 夕食 (350) 円 おやつ () 円 又は1日 () 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	預り金にて利用時支払い。訪問美容が近隣の理容	毛染 3,000円 訪問美容 1,500円 カット 6,000円 理容カット 1,600円
②おむつ代	業者より請求(郵便振り込み)	使用し分
③その他	医療代	預り金にて1ヶ月分まとめて翌月初に支払い
	薬代	"

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (2名) 女性 (16名)]
	要介護1 (12名) 要介護2 (3名) 要介護3 (3名) 要介護4 (名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均84.7歳) [最低 (64歳) 最高 (100歳)]
※入居に当たっての条件	要介護1以上で認知症の状態にあるものうち、 ①家庭環境等により家庭での生活が困難である方、 ②概ね身の自立ができており、共同生活を送ることに支障のない方
退居に当たっての条件	①利用者が死亡したとき ②利用者が退去を申し出たとき ③要介護認定により利用者の心身の状況が、自立又は要介護と判定された場合 ④利用者が入院が療養継続的治療が必要な状態となりサービスの提供が困難となった場合

(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 (月)	総数 ((8) 名) (内訳)・常勤 (専任 (名) (兼務 / 名) 常勤換算 (8 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 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ((名))
	※管理者 氏名 (長山とみ子) <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ()) 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 checked="" type="checkbox"/> その他 NLP ¹ 級 ()) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (/ 6 年 (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 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 (長山とみ子) 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 checked="" type="checkbox"/> その他 NLP ¹ 級 ()) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (16 年 (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 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 (7) 名 資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 ((名)) 介護支援専門員 ((名)) その他 (NLP ¹ 級 ()) (NLP ² 級 (3 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 (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 (星)	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 (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 (7 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 (名)
	※管理者 氏名 (長山とみ子) <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (ヘルパー1級) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (16 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 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 (井手道かりな) 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 (/ 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]・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 () 名 資格 介護福祉士 (3) 名 看護師等 (/ 名) 介護支援専門員 (/ 名) その他 (ヘルパー1級) (/ 名) (ヘルパー2級) (2) 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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人仁梅会 山之内クリニック 医療法人昭泉会 馬場病院 ニッニッ歯科
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。)	
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。