

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(21,000) 円 特室 30,000		
※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 checked="" type="checkbox"/> 無		
※食費	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1080) 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	利用料と同時に	実費	
②おむつ代	利用料と同時に	"	
③その他	喫茶・居酒屋	利用料と同時に	150円
	家賃・共益費	利用料と同時に	1日当たり700円 (特室 1,000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 (2名) 女性 (16名)]
	要介護1 (5名) 要介護2 (6名) 要介護3 (5名) 要介護4 (2名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 85.66歳) [最低 (76.11歳) 最高 (98歳)]
※入居に当たっての条件	別紙「運営規程」第15条 (サービスに当たっての留意事項) 及び 別紙「重要事項説明書」の4. 入居に当たっての留意事項のとおり
退居に当たっての条件	別紙「利用契約書」第14条 (退所時の援助及び費用負担) 及び 第15条 (精算) のとおり

(7) - ① 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 (遊 花 里)	総数	(7) 名 <うち介護職員 7名> (介護職員内訳) ・常勤 (専任 7 名) (兼務 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 (岩佐新一郎)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 特別養護老人ホーム) 資格 (介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事) 認知症高齢者のケアの経験年数 (14 年 10 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 (専門課程) <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 (認知症老人処遇技術研修) (支援専門員現任研修)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (21 年 10 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 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症老人処遇技術研修) (支援専門員現任研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士 (3) 名 看護師 (1 名) その他 (ヘルパー2級) (3 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 (1 名) (専門課程) 受講済者 (1 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症老人処遇技術研修) 受講済者 (3 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 (介護支援専門員・介護福祉士) 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 (専門課程) <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
当者が兼務
(再掲)

(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。

(7) - ② 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 (花 こ よ み)	総数	(8) 名 <うち介護職員 7名> (介護職員内訳) ・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7 名) ・非常勤 (1 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 (岩佐新一郎)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設名 特別養護老人ホーム) 資格(介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事) 認知症高齢者のケアの経験年数(14 年 10 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 (専門課程) <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 (認知症老人処遇技術研修) (支援専門員現任研修)
	計画作成担当者 氏名 ()	資格(介護支援専門員・介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(15 年 10 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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症老人処遇技術研修) (支援専門員現任研修)
	その他の職員	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師 (1 名) その他 (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) (専門課程) 受講済者 (0 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (認知症老人処遇技術研修) 受講済者 (1 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(介護支援専門員・介護福祉士) 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 (専門課程) <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。

(8) その他

※提携医療機関名	橋口医院・浜田歯科医院
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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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、都道府県知事に届け出るものとする。