

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12月14日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	9	0	0	1	8	4	
※グループホーム名	大のめこみの里(1号棟)										
※事業主体名(法人名)	有限会社めこみ福祉会							※代表者名	鬼塚美恵子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<ul style="list-style-type: none"> ○ 家庭的な環境で自由な暮らしと憩いの場を提供し得る。 ○ 個人の尊厳を失わずに、自立を支援し得る。 ○ 満足と生きがいを持つことにより、生活の質を高める。
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒995-2441)			
	鹿児島県大口市常木480番地			
※連絡先	電話	0995-25-2323	FAX	0995-25-2324
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国バス大の-宮之城線 古川医院前			
開設年月日	平成12年10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	無し			
※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(2012.08)㎡		延床面積(217.95)㎡	
	1室あたりの居室面積(10.83)㎡			
※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)	(25,000) 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() 円 昼食() 円 夕食() 円 おやつ() 円 又は1日(1,000) 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		0
②おむつ代	持込可。利用される。カギの原価と交換 使用命に替り替徴収	0
③その他	テレビ持込可の方	1,000

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(7 名) [男性(2 名) 女性(5 名)]
	要介護1(2 名) 要介護2(1 名) 要介護3(2 名) 要介護4(1 名) 要介護5(1 名)
	年齢(平均 87 歳) [最低(75 歳) 最高(90 歳)]
※入居に当たっての条件	物にありせぬ。介護保険法に準ずる項目。 要介護の判定は介護度1~5の方。認知症と医師 が判断される。4人暮らし共同生活にておこなう。
退居に当たっての条件	20日以上の入院が必要と判断された場合(原則とは) 2ヶ月以上の入居料の滞りや督促に依らぬ場合(原則)

(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。)

ユニット名	総数	(22) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (6.5 名) ・非常勤 (5 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 (名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (米島 瑞穂)	<input checked="" 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 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]・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 (米島 瑞穂)	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 (5 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 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 () 名 看護師等 (2) 名 介護支援専門員 () 名 その他 (7/14/12 23/8) (6 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 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	整形外科 松元病院 石川 医陽 坂口 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 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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

(2号棟)

※家賃 (月額)	(25,000) 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 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1,000) 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		0
②おむつ代	カインクスを利用しており、 持ち込み可、ご使用命に併せて 持ち込み可、ご使用命に併せて 徴収	0
③その他	テレビ 持ち込みの方	1,000

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (/ 名) 女性 (♀ 名)]
	要介護1 (3 名) 要介護2 (2 名) 要介護3 (2 名) 要介護4 (/ 名) 要介護5 (/ 名)
	年齢 (平均 84.7 歳) [最低 (80 歳) 最高 (89 歳)]
※入居に当たっての条件	特にふいか、介護保険法に準ずる項目。 要介護の判定は、介護度 1~5 の方、認知症と医師の 判断により、少数に限り共同生活から取り除 かれます。
退居に当たっての条件	20歳以上の入居が必要と判断された場合(原則) 2ヶ月以上の入居料の滞納や督促に依りません(原則)

(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。)

ユニット名 (2号棟)	総数	(12) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 (5名) ・非常勤 (7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 (/ 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (/ 名) 但し1,2号棟は
	※管理者 氏名 (橋口み子)	<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 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 (2年 9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 (介護支援専門員 研修)
	計画作成担当者 氏名 (橋口み子)	資格 (<input checked="" 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 (2年 9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 (介護支援専門員 研修)
	その他介護職員 () 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (/ 名) 介護支援専門員 () 名 その他 () (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 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。