

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 6月 30日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	4	5	0	6
※グループホーム名	グループホーム 小野の里									
※事業主体名 (法人名)	有限会社 ドリーム・ミソノ					※代表者名	味園 正道			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

認知症の高齢者が不安なく、家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び、機能訓練を行い常にサービスの質的向上を目指す。
利用者家族の身体面・精神面・社会生活面の負担を軽減する。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒890-0021) 鹿児島市小野二丁目10番18号			
※連絡先	電話	099-220-7070	FAX	099-220-7070
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス 田中宇都公民館前バス停車 (徒歩4分)			
開設年月日	平成 17年 8月 9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。)	なし <input checked="" type="checkbox"/>			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	一種住宅専用地域
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
※建物構造	(鉄骨陸屋根) 造り (2階建ての1・2階部分)
※広 さ	敷地面積 (711.69) m ² 延床面積 (566.16) m ² 1室あたりの居室面積 (10.74) 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)	(30,000) 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 (400) 円 夕食 (400) 円 おやつ () 円 又は1日 (1,100) 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	訪問理美容の利用も可 (小遣い預かり金より支払い)	実費
②おむつ代	小遣い預かり金より支払い及び、月末利用料請求 (利用者家族持込可)	実費
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (16名) [男性 (3名) 女性 (13名)]
	要介護1 (4名) 要介護2 (6名) 要介護3 (3名) 要介護4 (3名) 要介護5 (名)
	年齢 (平均83.6歳) [最低 (72歳) 最高 (91歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきりなどで身体的な介護が必要な方は、入居できない場合があります。 ・契約・費用負担・緊急時の連絡、疾病による医療機関入院手続き等を円滑にするために、身元引受けを家人の中から一人お願いをする。
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> ・正当な理由なく、利用料や自己の支払うべき費用を3ヶ月以上延滞したとき。 ・伝染病・感染症等、疾患により他の利用者の生活又は、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、通常の方法では防止できない場合。 ・法令違反、その他重要な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない時。

(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 (1 F)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 1名) 常勤換算 (7.4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 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 (橋口 芳恵)	<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 (4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 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 (橋口 芳恵)	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 (4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 checked="" 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 ()名 看護師等 (2名) 介護支援専門員 ()名 その他 (ホームヘルパー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 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 (2 F)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.4 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 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 (橋口 芳恵)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" 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 (4 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 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 (福田 則子)	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 type="checkbox"/> その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 (3 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 (5) 名	資格 介護福祉士 (2) 名 看護師等 (2 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー2級) (4 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	・医療法人 愛仁会 植村病院 (内科) ・外園整形外科 (外科) ・ブライト歯科クリニック (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 派遣された場合は、積極的に応じます。

(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。