

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	3	9	0	4
※グループホーム名	グループホーム 紫原									
※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

<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で、心身の機能能力を行う事により、個人の尊厳と可能性を最大限に引き出し、可能な限り自立した生活が営めるよう支援する。 ・ 認知症(痴ほう)高齢者の家族の身体面・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	(〒890-0082) 鹿児島県鹿児島市紫原4丁目34番31号			
※連絡先	電 話	099 - 250 - 2643	F A X	099 - 250 - 2644
交通の便 (最寄り交通機関等)	通りバス停から徒歩約2分			
開設年月日	平成16年 10月8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			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域			
※建物形態	■単独型 □併設型		
※建物構造	(鉄骨造り陸屋根) 造り (2 階建ての 1・2 階部分)		
※広 さ	敷地面積 (656.61) m ² 1室あたりの居室面積 (13.3) m ²	延床面積 (660.9) m ²	
※二人部屋の有無	□有 ■無		

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(33,000) 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 (税込み)	
※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	お小遣い預かり金より	実費相当額
②おむつ代	ご家族が持参しても構いませんが、その他、必要となった際は相談に応じます。	実費相当額
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (17 名) [男性 (3 名) 女性 (14 名)]
	要介護 1 (2 名) 要介護 2 (0 名) 要介護 3 (10 名) 要介護 4 (4 名) 要介護 5 (1 名)
	年齢 (平均 80.6 歳) [最低 (53 歳) 最高 (99 歳)]
※入居に当たっての条件	1、寝たきり等主に身体的な介助が必要な方は、入居できない場合があります。 2、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、退居手続き等を円滑にとつていただく為の身元引受人を家人の中からお一人お願いしています。
退居に当たっての条件	1、正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納したとき。 2、伝染病、感染症等疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、その必要があるとき。 3、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、通常の介護方法ではこれを防止できないとき。 4、故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

(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。)

ユニット名(あじさい)	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 名) 常勤換算 (7.0 名) ・非常勤 (3 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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)(262.5)時間÷37.5時間=常勤換算数(7.0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	■専任 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (久保 良子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格(■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員) □その他 痴呆性高齢者のケアの経験年数(11 年 1 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 □受講済 ■未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症GH大会) (認知症ケア、地域密着型GHケアから見えてきたもの)
	計画作成担当者 氏名 (久保 良子)	資格(■看護師等, □介護福祉士, ■介護支援専門員) □その他 痴呆性高齢者のケアの経験年数(11 年 1 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) ■受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (全国認知症GH大会) (認知症ケア、地域密着型GHケアから見えてきたもの)
	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(0) 名 その他(ホームヘルパー1・2級)(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(0 名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者(0 名) ・上記の研修の他に受講した研修名 (講演会「傾聴」) 受講済者(2 名) (講演会「看護・介護で本当に大切なもの」) 受講済者(2 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(□看護師等, □介護福祉士, □介護支援専門員) □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) □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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 （ し よ う ぶ （ （	総数	（ 8 ）名 （内訳）・常勤（専任 5 名） （兼務 名） 常勤換算（7.0 名） ・非常勤（ 3 名） ・職員の勤務時間を1週間当たり37.5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）(262.5)時間÷37.5時間＝常勤換算数（7.0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	■専任 □兼務（兼務の施設 ） ■夜勤（ 1 名） □宿直（ 名）
	※管理者 氏名 （ ）	□専任 □兼務（兼務の施設名 ） 資格（□看護師等、□介護福祉士、□介護支援専門員 □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） □受講済 □未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修□受講済 □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 （ 岡 靖子 ）	資格（□看護師等、■介護福祉士、■介護支援専門員 □その他 ） 痴呆性高齢者のケアの経験年数（ 3 年 10 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） □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 （ ）
その他の職員 （ 7 ）名	資格 介護福祉士（ 1 ）名 看護師等（准看 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（□看護師等、□介護福祉士、□介護支援専門員 □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） □受講済 □未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 □受講済 □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	野井倉内科クリニック 礒橋歯科医院 田中整形外科クリニック
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 checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください) 介護相談員が当事業所に来て入居者との面談を行い それに基づいて当事業所の介護に対する長所・短所の アドバイスを受けている。
	<input 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。