

痴呆性高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成17年5月31日現在)

1) 事業主体の概要

<u>グループホーム名</u>	グループホーム おおきな木	<u>事業主体名</u>	有限会社 三木
		<u>代表者名</u>	森 潤一郎 994-24-20001

2) 事業の目的および運営の方針

事業の目的

有限会社三木が開設するグループホームおおきな木が行う認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護状態にある高齢者に対して適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症の状態にあるもの(当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)について、共同生活住居(介護保険法第七条第十五項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。)において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように努めるものである。

3) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒893-2502 鹿児島県肝属郡南大隅町根占川南 3611 番地 TEL. FAX. 0994-24-2001		
<u>交通の便</u>			
<u>開設年月日</u>	平成17年5月31日	<u>ユニット数と利用定員</u>	1ユニット 利用定員9人
<u>グループホームの併設施設</u> (併設施設からのサービスがあればご記入ください。)			

4) 建物の概要

<u>都市計画法上の用途地域</u>	農地
<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	鉄骨木造作り 1階建ての1階部分
<u>広さ</u>	敷地面積 1201) m ² 延床面積 (287,67 m ² 1室あたりの居室面積 (95.2 (11,9) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

5) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>	円 (税込み) 15000円
<u>保証金の有無 (入居時一時金)</u>	<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>有の場合償却の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 (期間:) <input type="checkbox"/> 無
<u>食費</u>	1日 900円

<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名目	徴収方法	金額 (円)
理美容代		実費
おむつ代		実費
運営費 (水道光熱費)	毎月末日	300円/日
その他利用者負担が適当と認められるもの	毎月末日	実費

6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 9名 (男性 2名 女性 7名)
	要介護 1 3名 要介護 3 3名 要介護 3 3名
	要介護 4 0名 要介護 5 0名
	年齢 平均 87 歳 (80歳から 93 歳)
<u>入居に当たっての条件</u>	<p>要介護認定審査を受けた要介護者であって認知症の状態にあるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者。</p> <p>主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症状を有する者であることの確認を行う。</p> <p>入居申込者が入院治療を要する者であること等入居申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な他の介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じることとする。</p> <p>入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努める。</p> <p>その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が他の指定居宅介護サービス等を利用することによって、自宅において日常生活を営むことができるかどうかを検討しなければならない。</p>
<u>退去に当たっての条件</u>	<p>利用者及び家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に必要な援助を行う。</p> <p>利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅</p>

	介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
--	---

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。)

総数	9名 内訳 常勤 (専任 5名) (兼務 1名) } 常勤換算 名 非常勤 (3名)
	※ 職員の勤務時間を1週間あたり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(時間)÷40時間=常勤換算数(名) 注) 勤務延時間数には、当直時間数は含まない。
夜間の体制	専任 夜勤1名
<u>管理者</u> <u>氏名</u> 山野和美	兼務 資格(介護支援専門員、准看護師) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(7年) 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 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 () ()
計画作成担当者 氏名	兼務 資格(介護支援専門員、准看護婦) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(7年) 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 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 () ()
その他の職員	資格 介護福祉士 (1名) 看護婦 (3名) その他 (ホームヘルパー1級) (1 名) (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 ・ 痴呆介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 講 V ・ 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)

8) その他

<u>提携医療機関名</u>	医療法人（小濱病院・阿久根医院・崩愛園・永田歯科）
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ご記入ください）	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族との面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（9時～21時） <input type="checkbox"/> 無
介護相談員等の受け入れ状況	<input type="checkbox"/> 有（具体的にご記入ください） <input checked="" type="checkbox"/> 無

（留意事項）

下線の項目は、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、変更があった場合には10日以内に届け出る必要があるほか、下線の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期に一度（例えば各年度末）情報を更新し都道府県知事に届け出るものとする。