

●●●グループホーム個別情報●●●

※掲載されております情報につきまして不明な点等ございましたら、直接ホームにご確認ください。

平成18年5月23日現在

1. 基本情報

グループホーム名	認知症対応型共同生活介護事業所 しおさい	所在地	〒699-2301 大田市仁摩町仁万 843
開設年月日	平成11年11月1日	事業主体	社会福祉法人 仁摩福祉会
代表者	理事長 須田 正道	管理者	山根 宏子
電話番号	(0854)88-9141	FAX番号	(0854)88-9140
E-Mail アドレス	無	ホームページ	無
協力(提携)医療機関	須田医院、大田市国民健康保険仁摩診療所、大田市立病院、石東病院、泉歯科医院	ユニット数と利用定員	(1)ユニット 利用定員(6)名
		現在入居者数	(6)名

<近隣図>



<建物の概観>



2. 事業の目的及び運営の方針

共同生活を営む認知症老人に対して、地域の中にある認知症対応型共同生活介護を提供することにより居宅での介護者の負担の軽減と、被介護者自身が自立した生活が送れるよう介護職員による生活上の支援・援助を行い、入浴、食事、訓練、その他の生活全般に亘り適切な支援介護事業を提供する。グループホームしおさいのサービスの基本方針としては、1. 病気についての正しい知識をもつ 2. 人格を尊重する 3. 受容的な態度で臨む 4. 相手のペースに合わせる 5. 情報は簡単に伝える 6. 相手の理解できる言葉を使う 7. 残された機能に働きかける 8. 不可解な言動も必ず受け止める 9. 感情交流を大切にする 10. 身体的接触が効果的である 11. その人に合った介護をする 12. 環境の急激な変化を避ける

この12項目を基本として、認知症高齢者の現在の生活を障害なく暮らしていた時の延長線上に限りなく近づけるとい事を運営の方針としています。

3. 建物の概要

建物の形態	(鉄筋コンクリート平屋建)造り(1階建ての1階部分)
建物の構造	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
広さ	敷地面積(10,129.13)㎡ 延床面積(292.5)㎡ 1室あたりの居室面積(12)㎡
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

4. 利用料等

介護保険 1割負担分				介護保険外 諸経費(標準)		
介護度区分	1日	/	月30日	家賃	月30日	16,000円
要支援2	831円		24,930円	食材料費	月30日	36,000円
要介護1	831円		24,930円	理美容代		実費
要介護2	848円		25,440円	オムツ代		実費
要介護3	865円		25,950円	共益費		15,000円
要介護4	882円		26,460円	その他の必要経費		実費
要介護5	900円		27,000円			
保証金(入居一時金)	<input type="checkbox"/> 有()円 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無					
保証金有の場合の償却の有無	<input type="checkbox"/> 有()年 ・ <input type="checkbox"/> 無					

5. 職員の概要

総数	(11)名 (内訳)・常勤 } 専任(3)名 } 兼任(1)名 常勤換算(8.0)名 (内訳)・非常勤 } 専任(7)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 時間の場合 時間÷40時間=常勤換算数(.人)
----	---

夜間体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任(兼任の施設等) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1)名 <input type="checkbox"/> 宿直()名
管理者 (氏名 山根 宏子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任(兼任の施設等) 資格(社会福祉主事・看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(19年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・運営サービス研修 計画作成担当者コース(全国認知症グループホーム協会) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
計画作成担当者 (氏名 山根 宏子)	資格(社会福祉主事・看護師・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(19年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・運営サービス研修 計画作成担当者コース(全国認知症グループホーム協会) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
その他職員	資格 介護福祉士(1)名 看護師()名 介護支援専門員(1)名 その他(ヘルパー2級) (4)名 調理師(1)名 ・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
(再掲) ホーム長 ※注 (氏名)	資格() 認知症高齢者のケアの経験年数(年 ヶ月) 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

※「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従事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します。(定めていない場合は記載の必要なし)

6. 入居（者）の概要

現在の入居者の状態	入居人数(6)名 ・内訳 男性(0)名 女性(6)名
	要介護1(3)名 要介護2(1)名 要介護3(1)名 要介護4(1)名 要介護5(0)名
	年齢(平均 82歳) (最低 75歳)(最高 94歳)
入居にあたっての条件	原則としておおむね65歳以上の中程度の認知症高齢者また65歳未満であっても初老期認知症に該当するものであって、次のいずれにも該当する者。 (ア)家庭での介護が困難な方。 (イ)おおむね身の自立ができており共同生活を送ることに支障のない方、感染症のない方。
退居にあたっての条件	・請求書送付後、利用料金を一ヶ月以上遅延し催告後さらに一ヶ月支払われない場合 ・共同生活を送れなくなった場合(自立が困難、暴力行為、感染症) ・利用者が要介護認定の更新で自立・要支援1と認定された場合 ・利用者が他の施設に入所した場合 ・利用者が死亡した場合 共同生活住居からやむなく退去する利用者については、利用者及び家族と相談の上主治医の指示により病院入院もしくは老人保健施設等への入所を実施する

7. 個人情報（プライバシー）保護に関する取り組み

プライバシー保護に関する 規程・マニュアル等の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (⇒今後の策定の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
------------------------------	--

※ホームとして入居者の人格尊重の理念のもとに個人情報を取り扱うこと、個人情報に係る安全管理措置の概要、本人等からの開示等の手続き、第三者提供の取扱い、苦情への対応などの方針を明らかにした規程やマニュアルの整備

8. その他

家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有(時～ 時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居者家族会の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (⇒今後の設置の予定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
ホームと地域との関係やホーム機能の地域への還元の取り組み(方針)	グループホーム設立準備段階から地域の人たちへの説明と協力依頼を行ない、良好な関係を築いている。 近隣の地域の人達が玄関先に立ち寄り、声かけや交流のきっかけづくりを行っている。 家族や近所の人、お寺関係者、民生委員、ボランティア等へ呼びかけ等、様々な形で支援を得ている。今年度は保育園児さんとの交流会を年4回予定している。 地域の資源を活用できるよう連携をとっている。最大限、グループホームの成果を地域に伝える場を作っている。