

(1) 事業主体の概要

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------|---|---|---|---|-------|---|------|---|---|
| 介護保険事業所番号 | 4 | 6 | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 5 | 3 | 5 |
| ※グループホーム名 | グループホーム ねせぶ | | | | | | | | | |
| ※事業主体名(法人名) | 有限会社 マエダ | | | | | ※代表者名 | | 前田 博 | | |

(2) ※事業の目的及び運営の方針

| |
|--|
| <p>(目的)</p> <p>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機能訓練を行うことにより、安心と尊厳ある生活を、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことが出来るよう支援することを目的とする。</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本事業において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ・ 利用者の人権を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ・ 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。 ・ 適切な介護技術を持ったサービスを提供する。 ・ 常に提供したサービスの「質の管理」、「質の評価」を行う。 |
|--|

(3) 組織の概要

| | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| ※所在地 | (〒894-0048) 鹿児島県奄美市名瀬大字根瀬部242番地1 | | |
| ※連絡先 | 電 話 | 0997-55-6650 | F A X 0997-55-6651 |
| 交通の便 (最寄り交通機関等) | 大和線根瀬部 バス停から徒歩二分 | | |
| 開設年月日 | 平成17年9月2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 | 無指定地域 |
| ※建物形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 |
| ※建物構造 | (木造)造り(1階建ての1階部分) |
| ※広 さ | 敷地面積(2,040.45)㎡ 延床面積(544.45)㎡ 1室あたりの居室面積(9.93)㎡ |
| ※二人部屋の有無 | 無 |

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

| | | | |
|------------------|---|------------|-------------|
| ※家賃 (日額) | (500) 円 | | |
| ※保証金の有無 (入居時一時金) | □有 () 円 ・ 無 | | |
| 有の場合償却の有無 | □有 (期間:) 円 ・ 無 | | |
| ※食 材 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 | | 実費 | |
| ②おむつ代 | | 実費 | |
| ③ そ の 他 | 光熱寝具費 | 利用料として一括請求 | 300 円 / 1 日 |
| | 医療費 | | 実費 |
| | | | |
| | | | |

(6) 入居者の概要

| | |
|-------------|---|
| 現在の入居者の状態 | 入居人数 (18 名) [男性 (5 名) 女性 (13 名)] |
| | 要介護1 (5 名) 要介護2 (4 名) 要介護3 (3 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (名) |
| | 年齢 (平均 81.5 歳) [最低 (65 歳) 最高 (91 歳)] |
| ※入居に当たっての条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症状態にある要介護の認定を受けていること。 ・ 家庭環境により、家庭での介護が困難であること。 ・ 概ね身の自立が出来ており、共同生活を送ることに支障の無いこと。 ・ 自傷他害の恐れが無いこと。 |
| 退居に当たっての条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が死亡した場合。 ・ 利用者が退居を申し出た場合。 ・ 要介護認定により、利用者の心身の状況が、自立又は要支援と判定された場合。 ・ 極端な暴力行為や自傷行為等により、共同生活を送ることが、困難となった場合。 ・ 利用者が入院加療や継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が困難となった場合。 ・ サービス利用料等の支払いが遅延し、相当期間を定めた催告にも拘らず支払われない場合。 |

(7) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、ユニット毎に作成すること。)

| | | |
|--|---|--|
| ユ ニ ツ ト 名 (グ ル ー プ ホ ー ム ね せ ぶ 西) | 総数 | (8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 (8 名) ・非常勤 (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) 夜勤 (1 名) |
| | ※管理者 氏名 (佐々木 涼子) | <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7 年 1 月) 認知症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 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 (佐々木 涼子) | 資格 (介護福祉士・介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 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 checked="" 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 ・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 准看護師 (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) (名) 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) 受講済者 (1 名) (専門課程) 受講済者 (0 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 () 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 月) 認知症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 (専門課程) <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 (介護保険事務研修) () | |

(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。

| | | |
|--|--|--|
| ユ ニ ツ ト 名 (グ ル ー プ ホ ー ム ね せ ぶ 東) | 総数 | (8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8名) (兼務 名) 常勤換算 (8名) ・非常勤 (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) 夜勤 (1 名) |
| | ※管理者 氏名 (佐々木 涼子) | <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名) 資格 (介護福祉士・介護支援専門員・) 認知症高齢者のケアの経験年数 (7年 1 か月) 認知症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 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 (大瀬 章子) | 資格 (介護福祉士・介護支援専門員精神障害者ホームヘルパー) 認知症高齢者のケアの経験年数 (11年 4か月) 認知症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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (苦情・事件事例活用研修実施要綱に基づく研修) |
| | その他の職員 | 資格 介護福祉士 () 名 准看護師 (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) (2名) 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) 受講済者 (0名) (専門課程) 受講済者 (0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 () 認知症性高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 認知症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 (専門課程) <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。

(8) その他

| | |
|--|--|
| ※提携医療機関名 | かずや内科 中央病院 南西整形外科 朝仁歯科 |
| 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。) |
| | ・ 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。