

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5月1日現在)

(1)事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	2	0	0	4	4	5
グループホーム名	グループホームそら									
事業主体名(法人名)	医療法人 杏政会					代表者名		理事長 高江 政志		

(2)事業の目的及び運営の方針

目的 : 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日常生活の世話及び、その中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳の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できるよう支援することを目的とする。

方針 : 利用者の人格を尊重し、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。

(3)組織の概要

所在地	(〒895－0023) 鹿児島県薩摩川内市横馬場町8番11号			
連絡先	電 話	0996－23－6000	FAX	0996－23－6373
交通の便(最寄りの交通機関等)	JR川内駅下車徒歩5分			
開設年月日	平成10年10月1日	ユニット数と利用定員	1ユニット 利用定員 9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。)	介護老人保健施設あじさい苑 訪問看護ステーションそよ風 ヘルパーステーションたんぽぽ 薩摩川内市在宅介護支援センターあじさい			

(4)建物の概要

都市計画法上の用途地域	第2種住宅地域			
建物形態	☐ 単独型 ☒ 併設型			
建物構造	木造り 1階建ての1階部分			
広さ	敷地面積 426.22㎡ 延床面積 288.39㎡ 1室あたりの居室面積 11.0㎡			
二人部屋の有無	☐ 有 ☒ 無			

家賃(月額)		38,000円 ~ 44,000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
食費		朝 食 180円 昼 食 300円	
		夕 食 300円 おやつ - 円 又は1日 - 円	

名 目		徴収方法	金 額 (円)
①理美容代		月末締翌月徴収	実 費
②おむつ代		月末締翌月徴収	実 費
③ そ の 他	・尿取りパット代	月末締翌月徴収	実 費
	・紙パンツ代	月末締翌月徴収	実 費

現在の入居者の状態	入居人数	9名	女性	7名	男性	2名
	要支援2	一名	要介護1	3名	要介護2	4名
	要支援3	1名	要介護4	1名	要介護5	一名
	年齢	平均	85歳	最低	71歳	最高

入居に当たっての条件	要介護認定において、要介護1～5と認定された要介護者であって、認知症の状態にあり、下記を満たす方。 ①少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ②自傷他害のおそれがないこと。 ③常時医療機関において、治療をする必要がないこと。
-------------------	---

退居に当たっての条件	①利用者が要介護認定において、自立又は要支援と認定された場合。 ②専門医師の判断により、認知症でないと診断された場合。 ③利用者の病状、心身の状態等が著しく悪化し当ホームでの適切な介護サービスの提供を超えると判断された場合。 ④当ホームにおいて、定期的実施されるサービス担当者会議において退居して居宅において生活ができると判断された場合。
-------------------	--

(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	8 名 (内訳)・常 勤(専任 8名) (兼務 一名) 常勤換算 8名 ・非常勤(一名) ※ 職員の勤務時間を1週当たり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 320時間÷40時間＝常勤換算数 8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 一名
管理者 氏名 田辺屋 望子 (計画作成担当者兼務)	■専任 □兼務(兼務の施設) 資格 (□看護師等、■介護福祉士、■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16年 5 か月) 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) ■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 田辺屋 望子 (管理者兼務)	資格 (□看護師等、■介護福祉士、■介護支援専門員 □その他) 認知症高齢者のケアの経験年数 (16年 5 か月) 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) ■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	資格 介護福祉士 3名 看護師等 1名 介護支援専門員 一名 その他 ヘルパー等 3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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 一名 ・上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者 一名 () 受講済者 一名
(再掲) ホーム長 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) 認知症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 ・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 () ()

