

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17年7月20日現在)

(1) 事業主体の概要

| | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|---|---|---|---|-------|---|-------|---|---|
| 介護保険事業所番号 | 4 | 6 | 7 | 7 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9 |
| ※グループホーム名 | グループホームねむの樹 | | | | | | | | | |
| ※事業主体名(法人名) | 有限会社 ジェーケイエル | | | | | ※代表者名 | | 日高 春雄 | | |

(2) ※事業の目的及び運営の方針

| |
|--|
| <p>事業の目的 有限会社ジェーケイエルが開設するグループホームねむの樹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。</p> <p>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。</p> |
|--|

(3) 組織の概要

| | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------|
| ※所在地 | (〒893-1602) 鹿児島県鹿屋市串良町有里6284番地1 | | | |
| ※連絡先 | 電 話 | 0994-62-8030 | F A X | 0994-62-8030 |
| 交通の便 (最寄り交通機関等) | | | | |
| 開設年月日 | 平成14年 3月25日 | ※ユニット数 と利用定員 | (2) ユニット 利用定員 (15) 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 | 農地 |
| ※建物形態 | 単独型 |
| ※建物構造 | 1号棟 鉄骨木造作り 1階建ての1階部分 2号棟 木造作り 1階建ての1階部分 |
| ※広 さ | 敷地面積 (384.26) m ² 延床面積 (373.561) m ² 1室あたりの居室面積 1号棟 10.05 m ² 6室、8.55 m ² 2室、8.9775 m ² 1室 2号棟 7.47 m ² 6室 |
| ※二人部屋の有無 | 無 |

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

| | | |
|------------------|----------------------|----------------|
| ※家賃 (月額) | 1号棟5,000円 2号棟12,000円 | |
| ※保証金の有無 (入居時一時金) | 無 | |
| | 有の場合償却の有無 | 無 |
| ※食費 | 1日 850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 | 毎月末日 | 実費 |
| ②おむつ代 | 毎月末日 | 実費 |
| ③その他 | 水道光熱費 | 毎月末日 日額250円 |
| | | |
| | | |

(6) 入居者の概要

| | |
|-------------|--|
| 現在の入居者の状態 | 入居人数 (13名) [男性 (4名) 女性 (9名)] |
| | 要介護1 (6名) 要介護2 (2名) 要介護3 (5名) 要介護4 (名) 要介護5 (名) |
| | 年齢 (平均 82歳) [最低 (73歳) 最高 (94歳)] |
| ※入居に当たっての条件 | <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ずることとする。</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。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> |
| 退居に当たっての条件 | <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。</p> |

(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。)

1号棟

| | | |
|--|--|--|
| ユ ニ ツ ト 名 (グ ル ー プ ホ ー ム ね む の 樹) | 総数 | 7名 (内訳)・常勤 (専任 6名) (兼務 1名) 常勤換算 (4.3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 | 専任 夜勤 (1名) |
| | ※管理者 氏名 (上坂元 修一) | 専任 資格 (社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3年 3か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修 受講済 |
| | 計画作成担当者 氏名 | 資格 (介護支援専門員・准看護婦) 認知症高齢者のケアの経験年数 (6年 11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 ・ 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 ()名 看護婦 ()名 その他 (ホームヘルパー1級) ()名 その他 (ホームヘルパー2級) (1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 ()名 (専門課程) 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 () 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) <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。

2号棟

| | | |
|--|--|--|
| ユ ニ ツ ト 名 (グ ル ー プ ホ ー ム ね む の 樹) | 総数 | 7名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算 (3, 2名) ・非常勤 (2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 | 専任 夜勤 (1名) |
| | ※管理者 氏名 (上坂元 修一) | 専任 資格 (社会福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数 (3年 3か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 ・認知症対応型サービス事業管理者研修 受講済 |
| | 計画作成担当者 氏名 | 資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 2か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修 (実践者研修) 受講済 ・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 ()名 看護婦 (1名) その他 (ホームヘルパー1級) ()名 その他 (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 ()名 (専門課程) 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 () 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) <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 | 医療法人青仁会池田病院 |
| 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 | 有 |
| 家族の面会時間の設定の有無 | 有 (9時～ 20時) |
| 介護相談員(注)等の受入状況 | |
| | 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。