

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 4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	1	0	3	6	6	4
※グループホーム名	グループホーム 大竜									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ダリウダィカ					※代表者名		厚地 和子		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

<p>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食事、入浴、排泄時の日常生活の世話及び日常生活の中で、心身の機能を行うことにより、安全と尊厳のある生活、利用者がその有する能力に応じ可能な限り、営むことができるよう支援することを目的とする。</p> <p>方針：1 大竜の従業員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した共同生活ができるように支援する。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0805) 鹿児島市大竜町6番8号			
※連絡先	電 話	099-248-5541	FAX	099-247-1515
交通の便 (最寄り交通機関等)	柳町バス停より徒歩3分			
開設年月日	平成16年 6月 1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	第1種住宅地域			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(鉄骨) 造り (2階建ての 1, 2 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (577.87) m ² 延床面積 (632.8) m ² 1室あたりの居室面積 (9.98) m ²			
※二人部屋の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(24,000) 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 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (400) 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管理費 (水道・光熱費)	1日800円利用料にて請求	24000円/30日
②理美容代	必要に応じて、その都度請求	1500円~
③その他	おむつ代	個人に応じて、請求 個人による
	日用品費	個人に応じて、請求 個人による

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (18名) [男性 (1 名) 女性 (17名)]
	要介護1 (8名) 要介護2 (3名) 要介護3 (4名) 要介護4 (3名) 要介護5 (0名)
	年齢 (平均 85歳) [最低 (75歳) 最高 (92歳)]
※入居に当たっての条件	1 要支援2以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること 2 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと 3 自傷他害の恐れがないこと 4 常時医療機関において、治療をする必要がないこと 5 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同できること
退居に当たっての条件	1 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヶ月分滞納した時 2 伝染病疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退居の必要がある時 3 利用者の行動が他の利用者の生活又は、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないと判断した時 4 利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがない時 5 明らかに第一条に規定する自立した生活が不可能になった時

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (れ も ん)	総数	(9) 名 (内訳)・常勤 (専任 3名) (兼務 1名) 常勤換算 (6.5名) ・非常勤 (5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)(217)時間÷40時間=常勤換算数 (5.4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 (名)
	※管理者 氏名 (川原佐知子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格 (介護福祉士、 介護支援専門員) 認知性高齢者のケアの経験年数 (7 年 7 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 (専門課程) ■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 ()	資格 (同 上) 認知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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □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 (1) 名 看護婦 (1 名) その他(ヘルパー1級:1名 ヘルパー2級:5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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □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。

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (さ く ら ん ぼ)	総数	(10) 名 (内訳)・常勤 (専任 2名) (兼務 1名) 常勤換算 (8.6名) ・非常勤 (7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)(192.5)時間÷40時間=常勤換算数 (4.8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 (名)
	※管理者 氏名 (川原 佐知子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 資格 (介護支援専門員・ 介護福祉士) 認知症性高齢者のケアの経験年数 (7 年 7 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 (専門課程) ■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 ()	資格 (介護福祉士、介護支援専門員) 認知症性高齢者のケアの経験年数 (7 年 7 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 (専門課程) □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 (1) 名 看護婦 (1 名) その他 (ヘルパー1級・2名 ヘルパー2級・5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 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) □受講済 □未受講 (専門課程) □受講済 □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記入は省略できる。

(8) その他

※提携医療機関名	中央病院及び中央クリニック 桜島病院 迫田歯科医院
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください) H17年1月24日実施 H17年9月29日実施
	<input type="checkbox"/> 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。