

(調査様式1)

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 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	6	5	0
※グループホーム名	グループホーム 花梨									
※事業主体名(法人名)	医療法人 静和会					※代表者名	田中英世			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

事業の目的 認知症によって自立した生活が困難な利用者に対して、家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援する。
運営の方針 グループホームの社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービスの水準の維持に努力するとともに、利用者に対してその権利を尊重し礼節と尊厳を持って接するように努める。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒899-1921) 薩摩川内市水引町3410番地6			
※連絡先	電 話	0996-31-2130	F A X	0996-31-2130
交通の便 (最寄り交通機関等)	川内駅より車で20分			
開設年月日	平成15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。)	なし			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	無指定			
※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 (4 2 7 2 . 9) m ² 延床面積 (2 6 2 . 6 2) m ² 1室あたりの居室面積 (9 . 0 2 ~ 9 . 9 0) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

	<p>1. 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合</p> <p>2. 事業所の運営規定の変更に同意できない場合</p> <p>3. 利用者が入院した場合</p> <p>4. 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく認知症共同生活介護サービスを実施しない場合</p> <p>5. 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</p> <p>6. 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他重大な事情が認められる場合</p> <p>7. 他利用者が利用者の身体・財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合</p> <p>・事業者から退所の申し出を行った場合</p> <p>事業所は利用者および利用者代理人に対して、次にあげる項目に該当する場合においては、退所をいただく場合があります。この場合には通常、退所いただく30日前までに契約解除通告書をお出しいたします。ただし場合によっては即時に解約・解除し退所いただく場合もあります。</p> <p>1. 利用者が、利用開始時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本利用を継続しがたい重要な事情を生じさせた場合</p> <p>2. 利用者によるサービスの利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合</p> <p>3. 利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなどによって、本利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>4. 利用者が長期にわたり病院または診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合</p> <p>5. 利用者が介護老人保健施設等に入所した場合</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。）

ユ ニ ツ ト 名 （ ）	総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 8 名) (兼務 名) 常勤換算 (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 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1 名) □宿直(名)
	※管理者 氏名 (中野 泰子)	■専任 □兼務(兼務の施設名) 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(13年 6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 ・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(■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 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士(0)名 看護師等(0)名 その他 (ホームヘルパー1・2級)(6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(□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 () ()	

(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。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 静和会 ファミリーHP 薩摩
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。)
	<input checked="" 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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。