

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19年 3月10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	1	9	7	3
グループホーム名	グループホーム よしの村 あやめ									
事業主体名(法人名)	医療法人 明輝会					代表者名	理事長 内村隼人			

(2) 事業の目的及び運営の方針

医療法人明輝会が開設するグループホームよしの村(以下事業所という)が行う認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保する為、人員及び運営管理に関する事項を定め事業所の従業者が要介護者等に対し適正な事業を提供することを目的とする。利用者、要介護者の軽減若しくは悪化防止に資するよう日常生活に必要な援助を妥当、適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒892 - 0871) 鹿児島市吉野町 3823 - 1			
連絡先	電 話	099 - 294 - 0501	F A X	099 - 294 - 0501
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス 花棚方面行き みやこ迫バス停より徒歩7分			
開設年月日	平成11年 11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。)				

(4) 建物の概要

都市計画法上の 用途地域			
建物形態	単独型	併設型	
建物構造	(木造平屋)造り(1階建ての 1階部分)		
広 さ	敷地面積() ^m ²	延床面積(226.07) ^m ²	
	1室あたりの居室面積(8.54) ^m ²		
二人部屋の有無	有	無	

(5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	(930円/日(26040円/28日、27900円/30日、28830円/31日))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(350)円 夕食(350)円 おやつ()円 又は1日()円	
その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額(円)
理美容代	実費精算	
おむつ代	実費精算	
その他	光熱費	口座振込み 500円/日
	共益費	口座振込み 1000円/日
	医療費	実費精算

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9名)〔男性(0名) 女性(9名)〕
	要介護1(2名) 要介護2(0名) 要介護3(4名) 要介護4(3名) 要介護5(0名)
	年齢(平均 87.5歳)〔最低(75歳) 最高(104歳)〕
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態である * 少人数による共同生活を営む事に支障がないこと * 自傷他害の恐れがないこと * 常時医療機関において治療をする必要がないこと * 事業者の運営方針に賛同できること
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護の認定更新において利用者が自立もしくは要支援と認定された場合 * 利用者が死亡した場合 * 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し当事業所においてサービス提供が困難と判断された場合 * 医療機関における入院が30日以上経過した場合 * 利用者が当事業所、当事業所職員又は利用者に対し利用継続が困難となる程度の背信行為、反社会的行為を行った場合

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (あ や め)	総数	(8)名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 (3名) ・非常勤 (3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 (竹下 明子)	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(7年 5か月) 痴呆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 (小山田 幸人)	資格(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(6年 10か月) 痴呆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 () ()
その他介護職員 (7)名	資格 介護福祉士(3)名 看護師等(名) 介護支援専門員(名) その他(ヘルパー1級/2級)(4名) 痴呆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) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(年 か月) 痴呆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) 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	内村川上内科
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	有 無
家族の面会時間の設定の有無	有 (時 ~ 時) 無
介護相談員(注)等の受入状況	有(具体的に記入してください。)
	年1回来所し相談員による調査等行われている
	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。

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19年 3月10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	1	9	7	3
グループホーム名	グループホームよしの村 さくら									
事業主体名(法人名)	医療法人 明輝会					代表者名	理事長 内村 隼人			

(2) 事業の目的及び運営の方針

医療法人明輝会が開設するグループホームよしの村(以下事業所という)が行う認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保する為、人員及び運営管理に関する事項を定め事業所の従業者が要介護者等に対し適正な事業を提供することを目的とする。利用者、要介護者の軽減若しくは悪化防止に資するよう日常生活に必要な援助を妥当、適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒 892 - 0871) 鹿児島市吉野町 3823 - 1			
連絡先	電 話	099 - 244 - 4412	F A X	099 - 244 - 4412
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス 花棚行き方面 みやこ迫バス停より徒歩7分			
開設年月日	平成15年 6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。)				

(4) 建物の概要

都市計画法上の 用途地域				
建物形態	単独型	併設型		
建物構造	(木造平屋)造り(1 階建ての 1 階部分)			
広 さ	敷地面積() ^m ² 延床面積(259.92) ^m ² 1室あたりの居室面積(8.54) ^m ²			
二人部屋の有無	有	無		

(5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	(1050 円 / 日(29400 円 / 28 日、31500 円 / 30 日、32550 円 / 31 日))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(350)円 夕食(350)円 おやつ()円 又は1日()円	
その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額(円)
理美容代	実費精算	
おむつ代	実費精算	
その他	光熱費	口座振込み 500 円 / 日
	共益費	口座振込み 1000 円 / 月
	医療費	実費精算

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9 名) [男性(0 名) 女性(9 名)]
	要介護1(1 名) 要介護2(1 名) 要介護3(5 名) 要介護4(2 名) 要介護5(0 名)
	年齢(平均 90.3 歳) [最低(86 歳) 最高(97 歳)]
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態である * 少人数による共同生活を営む事に支障がないこと * 自傷他害の恐れがないこと * 常時医療機関において治療をする必要がないこと * 事業者の運営方針に賛同できること
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護の認定更新において利用者が自立もしくは要支援と認定された場合 * 利用者が死亡した場合 * 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し当事業所においてサービス提供が困難と判断された場合 * 医療機関における入院が30日以上経過した場合 * 利用者が当事業所、当事業所職員又は利用者に対し利用継続が困難となる程度の背信行為、反社会的行為を行った場合

(8) その他

提携医療機関名	内村川上内科
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	有 無
家族の面会時間の設定の有無	有 (時 ~ 時) 無
介護相談員 (注) 等の受入状況	有 (具体的に記入してください。) 年 1 回来所し相談員により調査等行われている
	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。

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19年 3月 10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	1	9	7	3
グループホーム名	グループホーム よしの村 すみれ									
事業主体名(法人名)	医療法人 明輝会					代表者名	理事長 内村 隼人			

(2) 事業の目的及び運営の方針

医療法人明輝会が開設するグループホームよしの村(以下事業所という)が行う認知症対応型共同生活介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保する為、人員及び運営管理に関する事項を定め事業所の従業者が要介護者等に対し適正な事業を提供することを目的とする。利用者、要介護者の軽減若しくは悪化防止に資するよう日常生活に必要な援助を妥当、適切に行う。

(3) 組織の概要

所在地	(〒892 - 0871) 鹿児島市吉野町 3823			
連絡先	電 話	099 - 244 - 9006	F A X	099 - 244 - 9006
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通バス 花棚方面行き みやこ迫バス停より徒歩7分			
開設年月日	平成15年 7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。)				

(4) 建物の概要

都市計画法上の 用途地域				
建物形態	単独型 併設型			
建物構造	(木造平屋)造り(1 階建ての 1 階部分)			
広 さ	敷地面積() ^m ² 延床面積(254.86) ^m ² 1室あたりの居室面積(8.56) ^m ²			
二人部屋の有無	有 無			

(5) 利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)	(1050円/日(29400円/28日、31500円/30日、32550円/31日)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(350)円 夕食(350)円 おやつ()円 又は1日()円		
その他の費用と徴収方法			
名目	徴収方法	金額(円)	
理美容代	実費精算		
おむつ代	実費精算		
その他	光熱費	口座振込み	500円/日
	共益費	口座振込み	1000円/日
	医療費	実費精算	

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(9名)〔男性(0名) 女性(9名)〕
	要介護1(2名) 要介護2(0名) 要介護3(4名) 要介護4(3名) 要介護5(0名)
	年齢(平均87.5歳)〔最低(75歳) 最高(104歳)〕
入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態である * 少人数による共同生活を営む事に支障がないこと * 自傷他害の恐れがないこと * 常時医療機関において治療をする必要がないこと * 事業者の運営方針に賛同できること
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> * 要介護の認定更新において利用者が自立もしくは要支援と認定された場合 * 利用者が死亡した場合 * 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し当事業所においてサービス提供が困難と判断された場合 * 医療機関における入院が30日以上経過した場合 * 利用者が当事業所、当事業所職員又は利用者に対し利用継続が困難となる程度の背信行為、反社会的行為を行った場合

(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。)

ユ ニ ツ ト 名 (す み れ)	総数	(9)名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 4名) 常勤換算 (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 (竹下 明子)	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) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(7年 5か月) 痴呆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 (上荒磯 美代子)	資格(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数(3年 5か月) 痴呆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 () ()
その他介護職員 (8)名	資格 介護福祉士(2)名 看護師等()名 介護支援専門員()名 その他(ヘルパー1級、2級、無資格)(1/4/1名) 痴呆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 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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(看護師等, 介護福祉士, 介護支援専門員 その他) 痴呆性高齢者のケアの経験年数()年 ()か月 痴呆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) 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	内村川上内科
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	有 無
家族の面会時間の設定の有無	有 (時 ~ 時) 無
介護相談員 (注) 等の受入状況	有 (具体的に記入してください。) 年 1 回来所し相談員による調査等行っている
	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。