

## 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 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	内村 隼人			

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

施設でもなく、病院でもなく、第2の自宅として安心と尊厳のある生活の中で認知症の改善に積極的に取り組みます。(事業所の目的)
笑顔いっぱい・喜び溢れる・ゆったりと (運営方針)

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島市吉野町3822-1			
※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 (上花棚行き) みやこ迫バス停 下車 徒歩10分			
開設年月日	平成 11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。)				

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域				
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup> 延床面積 ( 226.07 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 8.54 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (1箇所のみ繋がる居室あり)			

## (5) 利用料等(入居者の負担額)

※家賃(月額)	( 26,200 ) 円	
※保証金の有無(入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有( ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有(期間: ) 円 <input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食(200)円 昼食(300)円 夕食(400)円 おやつ(100)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)
①理美容代	個別で支払い	実費 1,800 円
②おむつ代	法人内より購入	
③その他	水道光熱費	口座振込 14,900 円/月
	共益費	行事やイベントへ拠出する経費として活用 1,000 円/月

## (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(3名) 要介護3(2名) 要介護4(2名) 要介護5(0名)
	年齢(平均84.1歳) [最低(73歳) 最高(91歳)]
※入居に当たっての条件	1、要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症状態であること 2、少人数による共同生活を営むことに支障のないこと 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、本契約時に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する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	1、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 2、伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要がるとき 3、疾病などにより当施設での生活が困難で他病院、施設への入院が1ヶ月以上に及び当施設での共同生活に戻れないと判断されたとき 4、利用者が死亡したとき

(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。)

ユニット名(あやめ)	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 4名) (兼務 1名) 常勤換算 ( 3名) ・非常勤 ( 4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 (上原 久史)	□専任 ■兼務 (兼務の施設名 さくら・すみれ棟 ) 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 ( 8年 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 (上原 久史) 管理者兼計画作成 担当者	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 ( 8年 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 ( 1 ) 名 看護師等 ( 0 ) 名 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 ( ヘルパー2級 ) ( 7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	医療法人 明輝会 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	<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) 年1回来所し相談員による調査等行われている
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

(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 18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	内村 隼人			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

施設でもなく、病院でもなく、第2の自宅として安心と尊厳のある生活の中で認知症の改善に積極的に取り組みます。(事業所の目的)
笑顔いっぱい・喜び溢れる・ゆったりと (運営方針)

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島市吉野町3822-1			
※連絡先	電 話	099-244-4412	FAX	099-244-4412
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 (上花棚行き) みやこ迫バス停 下車 徒歩10分			
開設年月日	平成 13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	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup> 延床面積 ( 259.92 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 8.54 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (1箇所のみ繋がる居室あり)			

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	( 30,000 ) 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 ( 300 ) 円 夕食 ( 400 ) 円 おやつ ( 100 ) 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)
①理美容代	個人で支払い	1,800 円
②おむつ代	法人内より購入	
③その他	水道光熱費	口座振込 14,900 円/月
	共益費	行事やイベントへ拠出する経費として活用 1,000 円/月

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9名 ) [男性 ( 9名 ) 女性 ( 9名 )]
	要介護1 ( 1名 ) 要介護2 ( 4名 ) 要介護3 ( 3名 ) 要介護4 ( 1名 ) 要介護5 ( 0名 )
	年齢 (平均87.7歳) [最低 ( 73歳 ) 最高 ( 96歳 )]
※入居に当たっての条件	1、要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症状態であること 2、少人数による共同生活を営むことに支障のないこと 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、本契約時に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する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	1、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 2、伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき 3、疾病などにより当施設での生活が困難で他病院、施設への入院が1ヶ月以上に及び当施設での共同生活に戻れないと判断されたとき 4、利用者が死亡したとき

(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	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 0名) 常勤換算 ( 3名) ・非常勤 ( 4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 □兼務(兼務の施設 ) ■夜勤 ( 1名) □宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 (上原 久史 )	□専任 ■兼務(兼務の施設名 あやめ・すみれ棟) 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 ( 8年 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 (宮口 由記)	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 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 ( 8 ) 名	資格 介護福祉士 ( 0 ) 名 看護師等 ( 0名) 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 (ヘルパー2級・無資格) ( 8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 ( 0名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 ( 0名) ( ) 受講済者 ( 0名)
	(再掲) ホーム長(注) 氏名 (宮口 由記) 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 ホーム長ではなく主任として配置	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 10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	医療法人 明輝会 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	<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) 年1回来所し相談員による調査等行われている
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。



(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18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	内村 隼人			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

施設でもなく、病院でもなく、第2の自宅として安心と尊厳のある生活の中で認知症の改善に積極的に取り組みます。(事業所の目的)

笑顔いっぱい・喜び溢れる・ゆったりと  
(運営方針)

(3) 組織の概要

※所在地	(〒892-0871) 鹿児島市吉野町3822-1			
※連絡先	電 話	099-244-9006	FAX	099-244-9006
交通の便 (最寄り交通機関等)	南国交通 (上花棚行き) みやこ迫バス停 下車 徒歩10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	住宅地			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup> 延床面積 ( 254.86 ) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積 ( 8.56 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (1箇所のみ繋がる居室あり)			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	( 30,000 ) 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 ( 300 ) 円 夕食 ( 400 ) 円 おやつ ( 100 ) 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)
①理美容代	個人で支払い	1,800 円
②おむつ代	法人内より購入	
③その他	水道光熱費	口座振込 14,900 円/月
	共益費	行事やイベントへ拠出する経費として活用 1,000 円/月

(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 ( 6名 ) 要介護4 ( 1名 ) 要介護5 ( 0名 )
	年齢 (平均 86.7歳) [最低 (75歳) 最高 (103歳)]
※入居に当たっての条件	1、要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症状態であること 2、少人数による共同生活を営むことに支障のないこと 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、本契約時に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する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	1、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 2、伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要がるとき 3、疾病などにより当施設での生活が困難で他病院、施設への入院が1ヶ月以上に及び当施設での共同生活に戻れないと判断されたとき 4、利用者が死亡したとき

(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	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5名) (兼務 名) 常勤換算 ( 3名) ・非常勤 ( 4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 □兼務(兼務の施設 ) ■夜勤 ( 1名) □宿直 ( 名)
※管理者 氏名 (上原 久史)	□専任 ■兼務(兼務の施設名 あやめ・さくら棟) 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 ( 8年 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 (有田 松位)	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 ( 4年 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 ( 0 ) 名 介護支援専門員 ( 0 ) 名 その他 (ヘルパー2級・無資格) ( 6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 ( 0名) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 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 ( 0名) ( ) 受講済者 ( 0名)
(再掲) ホーム長(注) 氏名 (竹下 明子) 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 ホーム長でなく、主任として配置	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 1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	医療法人 明輝会 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	<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) 年1回来所し相談員による調査等行われている
	<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、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。