

(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19年 1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	7	7	0	0	1	0	8
※グループホーム名	グループホーム蒼水園									
※事業主体名(法人名)	社会福祉法人 聖光会					※代表者名	津 崎 貴 春			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

(運営の目的)
利用者に対し日常生活における援助等を行うことにより、利用者が精神的に安定し健康で明るい生活を送れるように支援し、痴呆性高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。
(運営の方針)
要介護者であって痴呆の状態にある者について共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、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。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒 8 9 3 - 2 5 0 4) 鹿児島県肝属郡根占町山本 1 2 5 0 - 1			
※連絡先	電 話	0994-24-3100	F A X	0994-24-3101
交通の便 (最寄り交通機関等)	バス (鹿児島交通蒼水園前)			
開設年月日	平成 1 5 年 4 月 1 日	※ユニット数 と利用定員	(2) ユニット 利用定員 (1 8) 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。)	特別養護老人ホーム 蒼水園, 蒼水園 デイサービスセンター 蒼水園指定居宅介護支援センター			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	市街化区域 住居専用(第1種)
※建物形態	☐ 単独型 ☒ 併設型
※建物構造	(木造平屋建) 造り (1階建ての 1階部分) (鉄骨造平屋建) 造り (1階建ての 1階部分)
※広 さ	敷地面積(2042.18)㎡ 延床面積(575.67)㎡ 1室あたりの居室面積(10.19~10.45)㎡
※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）		(18,600) 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（ ）円 昼 食（ ）円 夕 食（ ）円 おやつ（ ）円 又は1日（ 800 ）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		直接窓口払いまたは、口座振込	実 費
②おむつ代		直接窓口払いまたは、口座振込	実 費
③ そ の 他	水道光熱費	直接窓口払いまたは、口座振込	100 円/日
	財産管理料	直接窓口払いまたは、口座振込	1,000 円/月
	支払い手数料	直接窓口払いまたは、口座振込	300 円/月

(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（ 7名） 要介護2（ 3名） 要介護3（ 7名） 要介護4（ 0名） 要介護5（ 1名）
	年齢（平均 85.4 歳） [最低（ 73 歳） 最高（ 101 歳）]
※入居に当たっての条件	・要介護者であって痴呆の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方 ・主治医の診断書等により認知症の状態にあることが確認できること ・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顔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）
退居に当たっての条件	・病院等に入院をされた場合 ・入居者に対して必要なサービスを提供することが困難な場合 ・要介護認定により、自立又は要支援と判定された場合

(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 （ 1 号 館 ）	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7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 (野 方 康 江)	■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 (1 6 年 8 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]・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	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 (1 1 年 9 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 () ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 (1) 名 看護師等 (名) 介護支援専門員 (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) [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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 月 日) 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。

(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 （ 2 号 館 ）	総数	(7) 名 (内訳)・常勤 (専任 7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 名) ☒ 夜勤 (1 名) ☐ 宿直 (名)
	※管理者 氏名 (野 方 康 江)	☒ 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 (16 年 8 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]・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	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 (16 年 8 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 () ()
	その他介護職員 (6) 名	資格 介護福祉士 () 名 看護師等 () 名 介護支援専門員 () 名 その他 (ホームヘルパー2級) (2 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 [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) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 月 日) 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	津崎医院, 永田歯科医院
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。)	南大隅町根占在宅介護支援センター 蒼水園デイサービスセンター (生きがい対応型サービス事業、通所型介護予防事業) 蒼水園ヘルプステーション (生活支援型ホームヘルプサービス事業) 南大隅町配食センター (宅配給食事業)
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 (8時～ 20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。)
	☒ 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。