

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 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	3	0	0	3	9	3
※グループホーム名	グループホーム ふれあい									
※事業主体名（法人名）	社会福祉法人 恵仁会					※代表者名	池田志保子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

「いそがない、せかされない、ゆったりと」を基本方針に、「あなたの立場に立ち、あなたを感じ、あなたを理解できるようなサービスを目指します」という介護理念のもと、認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で、精神的に安定した生活と可能な限り自立した、尊厳ある生活を送れるよう支援する
--

(3) 組織の概要

※所在地	(〒893-0024) 鹿児島県鹿屋市下祓川町1805番地			
※連絡先	電 話	0994(40) 2588	FAX	0994(40) 2653
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通(バス)高隈、百引方面「長寿園前」			
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。)	同一敷地内に特別養護老人ホーム鹿屋長寿園 ディサービスセンター鹿屋長寿園			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	宅地
※建物形態	■単独型 □併設型
※建物構造	(合金メッキ鋼板葺平屋)造り(1 階建ての 1 階部分)
※広 さ	敷地面積(468)m ² 延床面積(278.24)m ² 1室あたりの居室面積(9.9~14.9)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）	(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 () 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	個人負担	実費
②おむつ代	個人負担	実費
③ そ の 他	日用品	個人負担

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9名) [男性 (名) 女性 (9 名)]
	要介護1 (2名) 要介護2 (3名) 要介護3 (1名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (2名)
	年齢 (平均83.2歳) [最低 (62歳) 最高 (99歳)]
※入居に当たっての条件	パンフレットに記載されているものと同じ
退居に当たっての条件	

(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 （ ふ れ あ い ）	総数	（ 9 ） 名 （内訳）・常勤（専任 7 名） （兼務 1 名） 常勤換算（ 7, 5 名） ・非常勤（ 1 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 （ 林田 貴久 ）	□専任 ■兼務（兼務の施設 鹿屋長寿園 資格（社会福祉士、認知症ケア専門士、介護支援専門員 ） 認知症高齢者のケアの経験年数（ 12 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 （認知症介護指導者養成研修）（ ）
	計画作成担当者 氏名	資格（介護福祉士、介護支援専門員 認知症高齢者のケアの経験年数（ 6 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 （県GH連絡協議会研修）（第三者評価に関する研修会）
	その他の職員	資格 介護福祉士（ 4 ） 名 介護支援専門員（ 1 ） 名 看護師等（ 名） その他（ホームヘルパー2級 準看護師 ）（ 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（ 1 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 （GH連絡協議会研修 ） 受講済者（ 1 名） （ 救急法研修 ） 受講済者（ 1 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。

(8) その他

※提携医療機関名	医療法人 青仁会 池田病院（歯科を含む）
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。）
	☒ 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。