

(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 1月12日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	9	1	0	0	1	9	0
※グループホーム名	グループホーム たんぽぽの家									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ウィル					※代表者名	木原 彩哉子			

(2) ※事業の目的及び運営の方針

要介護者等に対し 要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止予防を行うと共に、日常生活に必要な援助支援を行い、適正な痴呆対応型共同生活介護に努める。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-7101) 鹿児島県 大島郡 徳之島町 亀津 122番地2			
※連絡先	電 話	0997-81-1249	F A X	0997-81-1174
交通の便 (最寄り交通機関等)	総合陸運バス エブリワン前徒歩1分			
開設年月日	平成17年3月28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	宅地			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	(木造造り平屋) 造り (階建ての 階部分)			
※広 さ	敷地面積 (1181.47) m ² 延床面積 (275.83) m ² 1室あたりの居室面積 (12.42) m ²			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(10.500) 円/30 日 (10.850) 円/31 日 日割り (350 円)	
※保証金の有無 (入居時一時金)	■有 (30,000) 円	□無
有の場合償却の有無	■有 (期間: 破損分) 円	□無
※食費	朝食 (300) 円 昼食 (300) 円 夕食 (300) 円 おやつ (100) 円 又は1日 (1,000) 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	理髪時に本人支払い	実費相当額
②おむつ代	月利用料請求時に、別途項目にて請求	実費相当額
③その他		

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 (9 名) [男性 (1 名) 女性 (8 名)]
	要介護 1 (3 名) 要介護 2 (3 名) 要介護 3 (3 名) 要介護 4 (名) 要介護 5 (名)
	年齢 (平均 85 歳) [最低 (72 歳) 最高 (98 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度に該当するものであり、軽度の痴呆症状が見られ且つ 日常生活において、ほぼ自立している方
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> 痴呆症状が改善し、居宅での日常生活が自立可能となった 場合 施設や他の入居者に対し 危害を与える行動が頻繁に見られる場合

(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。)

総数	(8) 名 (内訳)・常勤 (専任 7名) (兼務 1名) 常勤換算 (8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 (0 名)
※管理者 氏名 (吉田 京子)	□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 (7 年 1 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 (平成17年度苦情・事件事例活用研修会) ()
計画作成担当者 氏名 (吉田 京子)	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 (7 年 1 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 (7) 名	資格 介護福祉士 () 名 准看護師等 (1 名) 介護支援専門員 () 名 その他 (訪問介護員1級・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 () 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 () 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。

