

当該事業所が「介護サービス情報の公表」調査と同日調査を行わないとき、且つ、情報の公表前の場合には、本資料をご用意いたします。

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(平成 27年 5月 1日)

1) 事業主体の概要

事業所名	医療法人一隅会 グループホーム美原	事業主体名	医療法人一隅会
		代表者名	理事長 川上勝彦
		研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

目的：認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の中で利用者が有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように支援する。

又、介護予防に当たっては利用者の生活機能の維持又は向上すべく生活支援に努める。

運営の方針：本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。法人の計画作成責任者は、利用者個々の認知症対応型認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供できるように努めるものとする。また、運営にあたっては、関係諸機関を活用し、他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>		〒587-0062 堺市美原区太井91番 T E L 072-369-1611 F A X 072-362-5629	
交通の便（最寄りの交通機関等）		近鉄南大阪線 河内松原駅下車 近鉄バス・南海バス停「廣国神社前」徒歩3分	
開設年月日	昭和・平成 17年12月 1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(2) ユニット 利用定員 (18) 人
<u>事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建 物 形 態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建 物 構 造</u>	(鉄 骨) 造り (2 階建ての 1・2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (1188.41) m ² 延床面積 (597.5) m ² 1室当たりの居室面積 (10.6 ~ 11.2) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(39.900) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間 :) <input type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>		朝 食 () 円 昼 食 () 円 夕 食 () 円 おやつ () 円 又は1日 (1.200) 円
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名 目	徴 収 方 法	金 額(円)
① 理 美 容 代	口座振替	実費
② お む つ 代	口座振替	実費
③ そ の 他		
・ 水道光熱費	口座振替	19.800円 /月
・ 共益費	口座振替	6.000円 /月
・		

7) 利用者の概要

<p>現在の利用者の状態</p>	<p>利用人数 (17 名) (男性 (3 名) 女性 (14 名))</p>												
<p>※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供している 場合、要支援者2の数を記載 すること</p>	<p>要介護1 (4 名) 要介護2 (7 名) 要介護3 (3 名) 要介護4 (1 名) 要介護5 (2 名) 要支援2 (0 名)</p> <p>年齢 (平均 86.58 歳) (最低 71 歳) (最高 98 歳)</p>												
<p><u>利用に当たっての条件</u></p>	<p>(1) 要支援2以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること</p> <p>(2) 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと</p> <p>(3) 自傷他害の恐れがないこと</p> <p>(4) 常時医療機関において治療を受ける必要がないこと</p> <p>(5) 本契約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</p>												
<p><u>退居に当たっての条件</u></p>	<p>(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1と認定された場合</p> <p>(2) 利用者が死亡したとき</p> <p>(3) 利用者又は利用者代理人が第14条に基づき本契約の解除を通告し、 予告期間が満了した日</p> <p>(4) 事業者が第15条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日</p> <p>(5) 利用者が病気の治療等その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、 かつその移転先の受け入れが可能となったとき。 但し、利用者が長期にグループホームを離れる場合でも 利用者又は利用者代理人と事業者の協議の上、居室確保等に合意したときは 本契約を継続することができます。</p> <p>(6) 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが 可能となったとき</p>												
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 (41) 人</p> <table border="0"> <tr> <td>主な理由</td> <td>退居先</td> </tr> <tr> <td>・ 傷病</td> <td>(病院)</td> </tr> <tr> <td>・ 転所</td> <td>(介護保険施設)</td> </tr> <tr> <td>・ 帰宅</td> <td>(自宅)</td> </tr> <tr> <td>・ 死亡</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>()</td> </tr> </table>	主な理由	退居先	・ 傷病	(病院)	・ 転所	(介護保険施設)	・ 帰宅	(自宅)	・ 死亡	()	・	()
主な理由	退居先												
・ 傷病	(病院)												
・ 転所	(介護保険施設)												
・ 帰宅	(自宅)												
・ 死亡	()												
・	()												

9) その他

協力医療機関名	医療法人清恵会 清恵会病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称)
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (2カ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 市町村職員 美原第1地域包括支援センター 地域住民代表者 美原西校区民生委員 有識者 他事業所管理者 介護支援専門員 家族代表 利用者代表 当グループホーム管理者 (主催)
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	美原地域包括支援センター主催：介護保険事業者連絡会
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～18時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 25 年 5 月 23 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)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。

(記入上の留意事項)

- 1 「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 3 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部 () については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第4号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届け出が必要となるものである。