

(別紙4)

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25年10月10日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームつむぎの家	<u>事業主体名</u>	特定非営利法人つむぎの家
		<u>代表者名</u>	高井 喜美子
		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

認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、心身の特性を踏まえ、ご利用者の認知症状の緩和や悪化の防止を図り、自立した日常生活を営むことができる様に援助を行います。地域社会との連携を深め、在宅福祉と密接に結びつけた事業所運営を行います。

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

<input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> 医療連携体制加算
<input checked="" type="checkbox"/> 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>	〒569-0814 大阪府高槻市富田町五丁目16番6号 TEL 072-697-3690 FAX 072-697-5127		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	阪急 富田駅 もしくは JR 摂津富田駅下車徒歩10分		
開設年月日	昭和・平成18年2月1日	<u>ユニット数</u>	(1) ユニット 利用定員 (9) 人
		<u>と利用定員</u>	
<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>	通所介護事業としてのデイサービスセンターつむぎの家併設		

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(木造) 造り (2 階建ての 2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (496.76) m ² 延床面積 (377.6m ² の内188.80m ²) m ² 1室当たりの居室面積 (10.61) 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>		(55,000) 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (250,000) 円 <input type="checkbox"/> 無	
	有りの場合 保全措置の内容	預かり金出納帳にて管理している。	
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 2年)	<input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食 (350) 円 昼食 (450) 円 夕食 (550) 円 おやつ (150) 円 又は1日 (0) 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	現金で支払い		実費
②おむつ代	利用料と共に指定口座引き落とし		120円
③その他			
・パット代	利用料と共に指定口座引き落とし		50円
・特別な行事	利用料と共に指定口座引き落とし		実費
・外出時の交通費	現金で支払い		実費

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (9名) (男性 (1名) 女性 (8名))		
※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	要介護1 (0名)	要介護2 (4名)	要介護3 (4名)
	要介護4 (0名)	要介護5 (1名)	要支援2 (0名)
	年齢 (平均83.3 歳) (最低 71歳) (最高 95歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	介護保険による要介護が「1」もしくは「要支援2」以上で軽度、中度の認知症の方。		
退居に当たっての条件	死亡された場合。利用者が自立もしくは要支援1となった場合。 常時の医療が必要となった場合。		
開設以来の退居者数	人数 (8) 人	退居先	
	主な理由	()	
	・入院となったため	(病院)	
	・金銭的な理由から	(特別養護老人ホーム)	
	・	()	
	・	()	
	・	()	

8) 職員の概要（複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。）

(ユニット名)	総数	(28 名)
		(内数) ・常勤(専任 2名) (兼務 3名) } 常勤換算(8.3名) ・非常勤(23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)(320.3時間)÷38.8時間＝常勤換算数(8.3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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 病院 グループホーム) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(7 名) <input type="checkbox"/> 宿直(名)
	<u>管理者</u> 氏名(庄野 節子)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 同じ事業所) 資格(介護福祉士 介護支援専門員 認知症ケア専門士) 認知症介護の経験年数(8年10か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
<u>計画作成担当者</u> 氏名(久保田加代子)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格(社会福祉士 認知症ケア専門士) 認知症介護の経験年数(5年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()	
その他の職員	資格 介護福祉士(7名) 看護師(2名) その他() (名) 認知症高齢者のケアの経験年数(7年 8か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践研修(実践者研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・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)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1) 回 (理由) 人事異動のため ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 人事異動のため ③ 常勤職員の交代回数 (3) 回 (理由) 人事異動のため、退職のため、	

9) その他

協力医療機関名	医療法人仙養会北摂総合病院 伊藤診療所 藤田歯科
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input 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月に 1回) メンバー構成 (役職等) 地域包括支援センター 民生委員 消防団分団長 利用者家族 NPO法人つむぎの家 理事長 グループホーム柚木 管理者 グループホームつむぎの家 管理者
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。)	情報提供の同意や市町村が家族介護教室等を開催するに当たっ ては、当事業所も協力する。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9時～ 20時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) 定期又は随時の立ち入り調査 に当事業所は協力し、サービス内容の改善を図っている。 <hr/> <input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 23 年 6 月 7 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。