

(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 2日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム 柚木	<u>事業主体名</u>	特定非営利活動法人 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

<p>(事業の目的) 指定認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者及び計画作成担当者、介護従業者が、認知症状を伴う要介護状態の利用者に対して、適切な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>(運営方針) 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、利用者の認知症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した日常生活を営むことが出来るよう、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護その他の必要な援助を行うものである。また、利用者の意思または人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。又、行政や医療機関、福祉施設、居宅介護支援事業者等との連携に努め、利用者の便宜を図る。</p>
---

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 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 高槻市富田町5丁目16番6号 TEL 072-697-5126 FAX 072-697-5127		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	阪急富田駅から徒歩8分、JR摂津富田駅から徒歩10分		
開設年月日	昭和・平成16年4月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(1) ユニット 利用定員 (9) 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>	通所介護事業としての柚木デイサービスセンター併設		

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>	( 重量鉄骨 ) 造り ( 2 階建ての 2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 495.52 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 494.68 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 8.7~9.7 ) m <sup>2</sup>

<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>	( 55000 ) 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 ( 300000 ) 円 <input type="checkbox"/> 無	
有りの場合 保全措置の内容	預かり保証金出納帳にて管理し、銀行の定期預金にて保全。	
有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間：2年以上経過で30万円償却) <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 ( 1500 ) 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	実費
②おむつ代	指定口座からの引き落とし	パット50円、オムツ120円 (各1枚)
③その他		
・光熱水費	指定口座からの引き落とし	20000円
・特別な行事	現金	実費
・外出時の交通費	現金	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 (1名) 要介護2 (3名) 要介護3 (1名) 要介護4 (3名) 要介護5 (1名) 要支援2 ( 名)
	年齢 (平均 82歳) (最低 61歳) (最高 91歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	介護保険による要支援2以上で軽度、中度の認知症の状態にある方。但し、認知症に伴って著しい精神状態を呈する方、行動異常が見られる方、その認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方を除きます。

<p>退居に当たっての条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。</li> <li>・ ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、文章による利用料金等の支払い催告を行なったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合</li> <li>・ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なうことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li> <li>・ ご契約者が連続して2ヶ月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合</li> <li>・ ご契約者が介護老人施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合</li> </ul>										
<p>開設以来の退居者数</p>	<p>人数 ( 6 ) 人</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">主な理由</th> <th style="text-align: right;">退居先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・ 長期入院の為</td> <td style="text-align: right;">( 病院 )</td> </tr> <tr> <td>・ 在宅に戻る</td> <td style="text-align: right;">( 自宅 )</td> </tr> <tr> <td>・ 家族転居の為</td> <td style="text-align: right;">( 同居 )</td> </tr> <tr> <td>・ 病状悪化</td> <td style="text-align: right;">( 特別養護老人ホーム )</td> </tr> </tbody> </table>	主な理由	退居先	・ 長期入院の為	( 病院 )	・ 在宅に戻る	( 自宅 )	・ 家族転居の為	( 同居 )	・ 病状悪化	( 特別養護老人ホーム )
主な理由	退居先										
・ 長期入院の為	( 病院 )										
・ 在宅に戻る	( 自宅 )										
・ 家族転居の為	( 同居 )										
・ 病状悪化	( 特別養護老人ホーム )										



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 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月に 1回) メンバー構成 (役職等) 家族、地域包括支援センター、民生委員、地域住民、理事長、 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 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～ 20時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (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く。) <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。