

当該事業所が「介護サービス情報の公表」調査と同一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 4月 1日)

### 1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	サポートハウス藤千代田	<u>事業主体名</u>	有限会社サポートハウス藤
		<u>代表者名</u>	取締役島田とし子
		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 (金正佳永子) 役職 (取締役)

### 2) 事業の目的及び運営の方針

(目的)グループホームの適切な運営を確保するために必要な人員及び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、介護職員が認知症状を伴うよう介護状態の利用者に対し、適切な共同生活化以後を提供する。(運営方針)家庭的環境の下で、心身の特性を踏まえ、症状の緩和、悪化の防止を図り尊厳ある自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の日常生活場面での世話や機能訓練、その他必要な援助を行う。

### 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>	〒586-0094 河内長野市小山田町1304 TEL 0721-52-7275 FAX 0721-52-7275		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	南海高野線千代田駅下車バス小山田口バス停徒歩3分		
開設年月日	平成18年2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>			

### 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>	( 木造 ) 造り ( 2 階建ての 1, 2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 ( 4 1 9 , 7 5 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 2 0 7 , 4 3 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 9 , 1 0 ) 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>		( 54,600 ) 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 ( 1,650 ) 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	領収書を添付し利用料金と共に一ヶ月毎に請求する。	実費
②おむつ代	同上	同上
③その他		
管理費	利用料に含む	310円 (日額)
医療費	領収書を添付し利用料金と共に一ヶ月毎に請求する。	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 ( 0 名) 女性 ( 9 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 ( 1 名)    要介護3 ( 3 名) 要介護4 ( 4 名)    要介護5 ( 1 名)    要支援2 ( 0 名)
	年齢 (平均 90.4 歳) (最低 82 歳) (最高 104 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護であって認知症の状態にあること。少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。感染症がないこと。
退居に当たっての条件	入院治療を要した場合。契約の不履行による場合
開設以来の退居者数	人数 ( 8 ) 人 主な理由 ・入院治療が必要となる ( 病院 ) ・療養型施設入所 ( 特別養護老人ホーム ) ・自宅介護 ( 自宅 ) ・



9) その他

協力医療機関名	医療法人生登会寺元病院、はぶ医院、くまぎき歯科
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 (      1年に    2    回) メンバー構成 (役職等) 地区町会長 民生委員 家族代表 利用者 施設管理者、職員 市職員、包括職員
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。)	市からの情報提供依頼に対して速やかに必要な情報を提供するとともに、 施設への調査等には積極的に協力する。 本市の事業者連絡会であるケアネットワーク会議へ参加し、市との 連携体制を確保する。
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 type="checkbox"/> 有 (      時～      時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) <hr/> <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 26 年 5 月 13 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。