

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31年4月4日)  
2016.7. 改訂

1) 事業主体の概要

事業所名	事業所No.2794100053	事業主体名	(株)日光ハウジング
	グループホームひかり天神橋	代表者名	米倉 稔
	hikaritenjinbashi@wonder.ocn. ne.jp	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 (上野 貴士 ) 役職 (開設者 )

2) 事業の目的及び運営の方針

介護保険法令に定めるところにより利用者に対し、共同生活において、家庭的な環境下で、日常生活上のお世話に及び、日常機能訓練を行う事により、利用者の能力に応じた日常生活が出来るようにする。事業の目的を達成する為、利用者の立場に立った適切な共同生活介護の提供を確保するとともに地域や家族との結びつきを重視した運営を行う。

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

<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 checked="" 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>		〒531-0061 大阪市北区長柄西2丁目12番19号	
		TEL 06-6882-0508 FAX 06-6882-3005	
交通の便 (最寄りの交通機関等)		大阪市営地下鉄天神橋6丁目駅：大阪市営バス長柄西停留所	
開設年月日	平成26年5月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	( 3 ) ユニット 利用定員 ( 27 ) 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>		認知症対応型通所介護	

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>	( 鉄筋コンクリート ) 造り ( 4 階建ての2~4 階部分)

広 さ	敷地面積 (429.12 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 (18 ) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家 賃 (月 額)	( 65.000 ) 円	
敷 金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (168.000 ) 円 <input type="checkbox"/> 無	
保証金の有無(入居時一時金)	<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	
食 材 料 費	朝 食 (205 ) 円 昼 食 (615 ) 円 夕 食 (615 ) 円 おやつ (105 ) 円 又は1日 (1, 537 ) 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	実費精算	
②お む つ 代	〃	
③そ の 他	医療・薬剤費用 (医療費の自己負担)	
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 27 名) (男性 ( 5 名) 女性 ( 22 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 ( 2 名) 要介護2 ( 7 名) 要介護3 ( 10 名) 要介護4 ( 2 名) 要介護5 ( 6 名) 要支援2 ( 名)
	年齢 (平均 歳) (最低 64 歳) (最高 100 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	医師より認知症と診断を受けておられる方
退居に当たっての条件	・24時間医療が必要となられた方 ・2ヶ月以上部屋を空けられた場合

退居者	人数 ( 15 ) 人	退居先・死亡 (看取り)
開設以来・直近5年	主な理由	(有料・特養・他GH )
26年 5 月 ~	・転居3名	(入院先 )
30年 3月	・死亡7名	(療養型 )
	・転移2名	( )
	・看取り2名	( )
	・	( )
	・	( )
	・	( )
	・	( )

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。）

2階 ユニ ット 名	総数	( 8 名 )
		(内数) ・常 勤 (専任 4 名) (兼務 名) } 常勤換算 ( 名)
		・非常勤 ( 4 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 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名 ) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
<u>管理者</u> 氏名 (山本 厚子 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) 資格 (社会福祉主事・介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 (26 年 ヶ月) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 (キャリア段位制度等) (キャラバンメイト) ( )	
<u>計画作成担当者</u> 氏名 (一川 美里 )	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 年 ヶ月) 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 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 ( キャラバンメイト ) ( )	
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 1 名 ) 看護師 ( 名 ) その他 (ヘルパ-2級・初任者研修・無資格・派遣 ) ( 5 名 ) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 年 ヶ月) 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 ( 1 名 ) <input type="checkbox"/> 未受講 ( 5 名 ) (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 ( 名 ) <input type="checkbox"/> 未受講 ( 名 ) ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 ( 名 ) <input type="checkbox"/> 未受講 ( 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 )	
職員の交代状況 (直近5年)	① 管理者の交代回数 ( 0 ) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 ( 0 ) 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 ( ) 回 (理由)	

9) その他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。)

3階 ユニット名	総数	( 5 名) (内数) ・常勤 (専任 4 名) (兼務 名) } 常勤換算 ( 名) ・非常勤 ( 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤 ( 1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	<u>管理者</u> <u>氏名 (山本 厚子 )</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) 資格 (社会福祉主事・介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 26 年 ヶ月) 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input 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 (キャリア段位制度等) (キャラバンメイト ) ( )
	<u>計画作成担当者</u> <u>氏名 (荒木淑子 )</u>	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 年 ヶ月) 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 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 ( 1 名) 看護師 ( 名) その他 (初任者研修・無資格・派遣 ) ( 6 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 年 ヶ月) 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 ( 0 名) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ( 0 名) (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 ( 名) <input type="checkbox"/> 未受講 ( 名) ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 ( 名) <input type="checkbox"/> 未受講 ( 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)	
職員の交代状況 (直近5年)	① 管理者の交代回数 ( 0 ) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 ( 2 ) 回 (理由) 親族の介護の為 ③ 常勤職員の交代回数 ( ) 回 (理由)	



協力医療機関名	強化型在宅療養支援診療所 吉田医院
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 ( 月に 回) メンバー構成 (役職等) 地域包括支援センター、ご家族、北区内他 GH 管理者 入居者、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。)	北区役所生活支援課、北区市民課など、災害時などの避難所 などの提供場所指定の協力など
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 type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 17 年 7 月 26 日
前回の調査機関名	

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。