

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4月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム・田島サンライフ	<u>事業主体名</u>	和田建設株式会社
		<u>代表者名</u>	代表取締役 和田幸三
		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 (新開 英都子) 役職 (施設長)

2) 事業の目的及び運営の方針

認知や障害があっても、最後まで人間としての尊厳を保ち、自らの人生や生活歴を踏まえた個々の「その人らしい」生活を支援する事。

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>	〒544-0011 大阪市生野区田島4-3-2 T E L 06-6758-0161 F A X 06-6758-2927		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR大和路線 東部市場駅 徒歩15分 市営バス 田島五丁目 徒歩一分		
開設年月日	昭和・平成 年 月 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 (3 階建ての 1.2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (362.13) m ² 延床面積 (555.80) m ² 1 室当たりの居室面積 (9.80) 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>		(45,000~58,000) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input 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 (250) 円 昼食 (400) 円 夕食 (496) 円 おやつ (100) 円 又は1日 (1,246) 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	2100円/1回~
② おむつ代	実費	
③ その他	医療関係費 (往診料、薬、マッサージなど)	実費
・	介護保険一割負担	実費
・	特別なレクリエーションにかかる費用	実費
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (7名) 女性 (11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 (4名) 要介護2 (5名) 要介護3 (5名) 要介護4 (2名) 要介護5 (2名) 要支援2 (0名)
	年齢 (平均 79.6 歳) (最低 63 歳) (最高 96 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	◎概ね中程度の認知症の方 ◎在宅での介護が困難な方 ◎共同生活が営める方 ◎家族又は身元保証人がおられる方
退居に当たっての条件	◎入居後、著しい体力低下や認知の進行等で、共同生活維持が困難になった場合 ◎病院への長期入院、又は、老人介護施設への入居の場合 ◎3か月を超える不在期間が明らかな場合。
開設以来の退居者数	人数 (34) 人 主な理由 ・ 入院 (病院) ・ 医療が必要 (特別養護老人ホーム) ・ 自宅介護への転向 (自宅) ・ 田施設への転向 (老健) ・ 死亡 ()

9) その他

協力医療機関名	米川クリニック
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 checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 米川クリニック)
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) 後見人様、町会長様、異包括様 (当施設より) 事務長、施設長
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。)	
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～ 21 時) 応相談 <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 26 年 2 月 20 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。