

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>	アミーユ豊中南曽根	<u>事業主体名</u>	株式会社メッセージ
		<u>代表者名</u>	古江 博
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 (陽田 修平) 役職 (大阪北部地区 S V)

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症の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、家族的環境の下で心身の特性を踏まえ、認知症の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事が出来る様に食事・入浴・排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練などの介護。その他必要な援助を行うものである。また意思及び人格を尊厳し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

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>	〒561-0804 大阪府豊中市曾根南町二丁目12-25 T E L 06-6867-0650 F A X 06-6867-0652		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	阪急宝塚線 服部天神駅下車 西へ徒歩約15分		
開設年月日	平成13年2月1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>	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護		

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>	(鉄筋コンクリート) 造り (3 階建ての 2~3 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (1381.11) m ² 延床面積 (2526.71) m ² 1室当たりの居室面積 (11.19~12.94) 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>		(76,300) 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 (1,080) 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	ご自身で管理できる方は現金払い、出来ない方は施設で立替し生活費と共に請求。銀行引落。		実費
②おむつ代	ご自身で管理できる方は現金払い、出来ない方は施設で立替し生活費と共に請求。銀行引落。		
③その他	ご自身で管理できる方は現金払い、出来ない方は施設で立替し生活費と共に請求。銀行引落。		
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (4名) 女性 (14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 (1名) 要介護3 (5名) 要介護4 (5名) 要介護5 (5名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 84.0歳) (最低 70歳) (最高 95歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	豊中市の介護保険被保険者で、医師より認知症の診断がある方。 かつ、介護保険の要支援2または要介護1～5である方。
退居に当たっての条件	退去する1か月以上前に施設へ連絡すること
開設以来の退居者数	人数 (51) 人 主な理由 ・医療機関への転居 (療養型病院) ・他施設への転居 (特別養護老人ホーム) ・入院 (急性期病院) ・他のアミーユへの転居 (利倉・伊川谷・宝塚) ・死亡退去 ()

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) ブーゲンビリア	総数	(7名) (内数)・常勤(専任 4名 (兼務 1名) } 常勤換算(6名) ・非常勤(2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)(40時間)÷40時間=常勤換算数(1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 □兼務(兼務の施設) ■夜勤(1名) □宿直(名)
	管理者 氏名(廣瀬雅生)	□専任 ■兼務(兼務の施設 同施設計画作成担当者) 資格(介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数(9年 1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) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■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 ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 () ()
計画作成担当者 氏名(磯川貴彦)	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(ヘルパー2級・介護福祉士・介護支援専門員) 認知症介護の経験年数(12年 7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) ■受講済 □未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■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(3名) 看護師(0名) その他(ヘルパー2級) (2名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 6年 1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) □受講済 ■未受講 (実践リーダー研修) □受講済 ■未受講 ・認知症介護指導者研修 □受講済 ■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 (6)回 (理由)社内異動 ② 計画作成担当者の交代回数 (3)回 (理由)社内異動 ② 常勤職員の交代回数 (56)回 (理由)社内異動・体調不良・結婚退職・自己都合	

9) その他

協力医療機関名	医療法人良知会中村クリニック・医療法人拓海会神経内科クリニック・本町中央歯科クリニック・医療法人豊済会小曽根病院・めぐみクリニック
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 か月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 入居者の代表 2 名 (各ユニット 1 名) 入居者家族の代表 2 名 (各ユニット 1 名) 地域住民の代表 3 名 (自治会長・民生委員・福祉委員) 当該施設に知見を有する者 (施設担当薬局薬剤師) 地域包括支援センター職員 市の職員
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。)	豊中市事業者連絡会役員
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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。) 毎月 1 回来訪 <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 26 年 6 月 1 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。