

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15日)

1) 事業主体の概要

事業所名	街かどケアホーム れんか	事業主体名	株式会社 JAWA
		代表者名	土井 利国
		研修の受講状況	<input 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

1	事業実施に当たっては、入居者である利用者の意志及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ち、利用者が「生活の主体者」となるようサービスに努める事とする。
2	事業所の従業者は、利用者が自宅（在宅）に帰り生活が出来る事と自立支援を念頭に置き、必要な精神的・身体的なサービスに努める事とする。
3	事業所の従業者は、利用者の自立した日常生活を営むことが出来るよう、生活の邪魔をしない。その上で、必要な買い物、洗濯、掃除、食事の支度・片付け、趣味や日課の継続等の見守り、また利用者と共にいる事とする。
4	事業所の従業者は、利用者の社会生活の維持・継続に向け必要なサービスに努める事とする。
5	事業所の従業者は、利用者が望む機能訓練や健康管理を日常生活のサービスと共にいる事とする。
6	事業所の従業者は、利用者が望む介護予防に資する必要な介護予防サービスに努める事とする。
7	事業の実施に当たっては、地域との連携・交流を密に図ると共に、協力医療機関を始め、関係市町村、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者等との連携を図り、総合的サービスに努める。
8	前項の他、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」「指定介護予防サービス事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」をはじめ、各省令や条例を遵守し運営に努める事とする。

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

<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>		〒571-0015 大阪府門真市三ツ島1-17-10 T E L : 072-884-5252 F A X : 072-884-5250	
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	平成 20年 9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>			

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      ) 造り      (      2階建ての 1・2階部分 )
<u>広   さ</u>	敷地面積 ( 1982.07 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 888.81 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 11.75 ) 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>	( 70,000 ) 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 ( 1,030 ) 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	実費相当分を自己負担。預かり金より業者へ支払。	実費
② お む つ 代	実費相当分を自己負担。預かり金より業者へ支払。	実費
③ 水 道 光 熱 費	口座振替または振込みまたは現金徴収	15,950
・ 共 益 費	口座振替または振込みまたは現金徴収	23,150

•		
•		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 18名) (男性 ( 3名) 女性 ( 15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 ( 4名) 要介護3 ( 9名) 要介護4 ( 2名) 要介護5 ( 3名) 要支援2 ( 0名)																				
	年齢 (平均 81 歳) (最低 67 歳) (最高 93 歳)																				
<u>利用に当たっての条件</u>	1. 要介護認定の判定で、要支援2から要介護5までの認定を受けた方。 2. かかりつけの医師の診断書等で認知症を有する状態にあることが 確認できる方。 3. 少人数による共同生活を営むことができる方。 4. 住所地がくすのき広域連合内 (門真. 守口. 四條畷市) の方。																				
退居に当たっての条件	利用者又は利用者家族は、事業者に対して30日間の予告期間において 文書で通知することにより、この契約を解約する事ができる。																				
開設以来の退居者数	人数 ( 25 ) 人 主な理由 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">•</td> <td style="width: 30%;">(</td> <td style="width: 10%;">退居先</td> <td style="width: 10%;">)</td> </tr> <tr> <td>•</td> <td>(</td> <td></td> <td>)</td> </tr> </table>	•	(	退居先	)	•	(		)	•	(		)	•	(		)	•	(		)
•	(	退居先	)																		
•	(		)																		
•	(		)																		
•	(		)																		
•	(		)																		

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。）

（街かどケアホームれんか1F）	総数	( 7 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 5名) (兼務 0名) } 常勤換算 ( 5.8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)	
<u>管理者</u> 氏名 ( 上西 祐介 )	■専任 □兼務 (兼務の施設 ) 資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 10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) ■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 ( ) ( )	
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ( 上西 祐介 )	介護支援専門員資格 □有 ■無 他の資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 10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) ■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 (認知症高齢者グループホーム管理者研修) ( )	
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 2名) 看護師 ( 0名) その他 (認知症介護基礎研修・HH2) ( 各 1名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 2年 2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 ( 4 ) 回 (理由) 退職または転属により。 ② 計画作成担当者の交代回数 ( 4 ) 回 (理由) 退職または転属により。 ③ 常勤職員の交代回数 ( ) 回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	(内科) 長瀬診療所・(歯科) 高槻ハート歯科
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 ( 2ヶ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 事業所管理者 事業所入居者 事業所オーナー 自治会役員 地域包括職員
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。)	
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 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<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 25年 10月 21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。

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。）

（街かどケアホーム れんか 2F ）	総数	( 7 名 ) (内数) ・常 勤 (専任 5名) (兼務 1名) } 常勤換算 ( 5.0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) ( 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)
	<u>管理者</u> 氏名 ( 上西 祐介 )	■専任 □兼務 (兼務の施設 ) 資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 10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) ■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 ( ) ( )
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ( 梅谷 伸也 )	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格 ( 介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数 ( 10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) ■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 (認知症高齢者グループホーム管理者研修) ( )	
その他の職員	資格 介護福祉士 ( 4名) 看護師 ( 0名) その他 ( ) ( 0名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 3年 0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	④ 管理者の交代回数 ( 4 ) 回 (理由) 退職または転属により。 ⑤ 計画作成担当者の交代回数 ( 4 ) 回 (理由) 退職または転属により。 ⑥ 常勤職員の交代回数 ( ) 回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	(内科) 長瀬診療所・(歯科) 高槻ハート歯科
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 ( 2ヶ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 事業所管理者 事業所入居者 事業所オーナー 自治会役員 地域包括職員
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。)	
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 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)  <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 25年 10月 21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。