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、本資料をご用意願います。

# 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22 日)

1	)	事業主体の概要	î
T	)	尹未工件 70 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	÷

	グループホーム	事業主体名	(株)カームネスライ	`フ	
	ここから高宮	代表者名	鉄村 英樹		
<u>事業所名</u>		研修の受講状況	□レ受講済	□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					

認知消高齢者が尊厳ある普通の暮らしが送れるよう 援助を行う。

運営方針①こころ許せる人間関係を作ります。②本来あるべき能力を奪うのではなく引き出します③ 同じ生活者としてともに和露媚、笑うホームにしていきます。

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

#### 4)組織の概要

所在地及び追	<u>基絡先</u>	〒 5 7 2 - 0 8 0 6 寝屋川市高宮1丁目 1 5 - 2 2 TEL072-811-3112 FAX072-811-3117					
交通の便(最	最寄りの交通機関等)	京阪寝屋川市駅					
開設年月日	平成17年12月1	日     ユニット数 と利用定員     (2 ) ユニット 利用定員(18)人					
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。)							

## 5) 建物の概要

<u>建</u>	物	形	態	ロレ	単独型			併設型					
建	物	構	造	(	木	)	造り	(	1	階建ての	1	階部分)	
<u>広</u>			<u></u>	敷地面1室量	面積( áたりの居室i	面積		延床i 93~9.3		(474. 08 ) m <sup>2</sup>		) m²	

二人部屋の有無	有	$\square  \nu$	無	

# 6) 利用料等(入居者の負担額)

<u>家</u>	賃	(月額)	( 60000 ) 円				
敷		金	口有( )円 ロレ無				
保証金の	有無(入居時	一時金)	□ レ有( 30万 )円 □ 無				
	有りの場 保全措	合 置の内容	退去時均等償却				
	有の場合	が償却の有無	□レ有(期間: 5年 ) □ 無				
食材料費     朝食(300)円     昼食(600)円       夕食(800)円     おやつ(100)円       又は1日(1700)円							
	その他の費用と徴収方法						
名	B		<ul><li>徴 収 方 法</li></ul>				
① 理 美	容代	立て替え請	個別請求				
② お む	っ代	契約 請求	契約 請求 個別請求7				
③ そ	の他	管理費[光	熱費・日常生活用品・レク用品] 24000				
•		冷暖房費(	(夏季・冬季) 2500				
•							
•							

# 7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数(16 名) (男性(4名)女性(12 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	要介護4(5名) 要介護5(1名) 要支援2(名)
る場合、要支援者2の数を記載すること	年齢(平均 86.6歳) (最 81 歳) (最高 94 歳)
利用に当たっての条件	要支援2〜要介護5の認知症と診断された方。日常的に医療行為の不要の方、共同生活ができる方、利用料のお支払いが可能な方。
退居に当たっての条件	日常的に医療行為が必要となられた時

  開設以来の退居者数	人数	( 18	)人	
	主な理由			退居先
	<ul><li>入院</li></ul>		( )	<b></b>
	• 他施設		(特別	別養護老人ホーム)
	・自宅		(高層	齢者住宅 ) )
	・死亡		(	
	•		(	)

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。)

	総数	( 8 名)
(		(内数)・常 勤 (専任 3 名) (兼務 名) ・非常勤 ( 5 名)
(ユニッ	職員の1	務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。 週間の勤務延時間数 注)( 時間)÷40時間=常勤換算数( 名) 延時間数には、宿直時間数は含まない。
卜名)	夜間の体制	レ□専任 □兼務(兼務の施設 )
		□夜勤( 名) □宿直( 1 名)深夜勤務者6名
花	<u>管理者</u> <u>門田寿子</u>	レ□専任 □兼務(兼務の施設 ) 資格(看護師・介護支援専門員) 認知症介護の経験年数( 11 年 3 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)レ□受講済 □未受講 (実践リータ゛ー研修) □受講済 レ□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 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( ) (
	<u>計画作成担当者</u> <u>上野由紀</u>	介護支援専門員資格 レ□有 □無 他の資格(介護福祉士 ) 認知症介護の経験年数( 11 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)レ□受講済 □未受講 (実践リーケー研修) □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	<ul> <li>資格 介護福祉士( 3 名) 看護師( 名)</li> <li>その他( ) ( 4 名)</li> <li>認知症高齢者のケアの経験年数(平均 6 年 3ヶ月)</li> <li>認知症介護に関する研修の受講歴</li> <li>・認知症介護実践研修(実践者研修レ□受講済 □未受講(実践リーケー研修) □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)</li> <li>( ) 受講済者( 名)</li> </ul>
職員	の交代状況	<ul> <li>① 管理者の交代回数 ( 1 )回(理由)他施設に移動</li> <li>② 計画作成担当者の交代回数 ( 0 )回(理由)</li> <li>② 常勤職員の交代回数 ( 0 )回(理由)</li> </ul>

# 9) その他

協力医療機関名	医療法人 小松病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	レ□職員として配置 □契約(契約先名称 )
運営推進会議の設置状況	レ□有 □無 開催状況( 2 月に 1 回) メンバー構成(役職等) 自治会役員・地域包括支援センター職員・ご家族・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	レ□有   □無
家族の面会時間の設定の有無	□有( 時~ 時) レ□無
介護相談員 <sup>注)</sup> 等の受入状況	□有(具体的にご記入下さい。)
	レ□無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 23年 7月 4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。