

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5月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	医療法人淀井病院	<u>事業主体名</u>	医療法人淀井病院
	グループホーム マルベリー	<u>代表者名</u>	淀井省三
		研修の受講状況	☒ 受講済 ☐ 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 (平井誠) 役職 (事務長)

2) 事業の目的及び運営の方針

～いつまでも自分らしく輝いていたい～を理念に、認知症になっても安心してそれぞれの役割をもった生活が出来、地域の中で暮らし続けることを支援します。サービスにあたっては懇切丁寧を旨としご利用者やご家族にも理解しやすい説明を致します。常にサービスの向上を意識し職員全員で取り組みます。

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

☒ 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>	〒546-0041 大阪市東住吉区桑津5-8-18 TEL 06-6719-1400 FAX 06-6719-2900		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	近鉄南大阪線北田辺駅・JR大和路線東部市場前駅		
開設年月日	平成22年3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>	☐ 単独型 ☒ 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨) 造り (3 階建ての 2・3 階部分)
<u>広さ</u>	敷地面積 (871.25) m ² 延床面積 (530.28) m ² 1室当たりの居室面積 (10.26) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	☐ 有 ☒ 無

6) 利用料等（入居者の負担額）

<u>家賃（月額）</u>		（ 60000 ）円	
敷金		☐ 有（ ）円	☒ 無
<u>保証金の有無（入居時一時金）</u>		☐ 有（ ）円	☒ 無
	有りの場合 保全措置の内容	無し	
	有の場合償却の有無	☐ 有（期間：契約締結日置いて償却）	☒ 無
<u>食材料費</u>		朝食（ 420 ）円 昼食（ 630 ）円 夕食（ 630 ）円 おやつ（ 110 ）円 又は1日（ ）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	個別に直接支払い		実費
②おむつ代	購入自由・施設より購入者は毎月の利用料にて支払い		実費
③その他			
・個別使用電気代	毎月の利用料と一緒に支払い		1個×1日50円
・病院付き添い費等			無
・クラブ活動費	個別に直接支払い		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（1名）女性（17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（3名） 要介護2（7名） 要介護3（4名） 要介護4（3名） 要介護5（1名） 要支援2（0名）		
	年齢（平均 87歳） （最低 76歳） （最高 103歳）		
<u>利用に当たっての条件</u>	認知症の状態にあつて少人数による共同生活を営む事に支障がないものとする。		
退居に当たっての条件	利用者の自立もしくは要支援1と認定された場合、入院等の為長期でGHを離れる場合、その他30日の予告期間をおいて退居とする		
開設以来の退居者数	人数（ 14 ）人 主な理由 ・入院治療 ・介護老人保健施設入所 ・特別養護老人ホーム入所 ・他グループホーム入所 ・		
	退居先 （ 淀井病院 ） （介護老人保健施設桑の実） （特別養護老人ホーム） （グループホーム） （ ）		

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) マルベリーグループホーム3階	総数	(10名)
		(内数) ・常 勤 (専任 7名) (兼務 0名) } 常勤換算 (8.16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)(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 ☐ 兼務 (兼務の施設) ☒ 夜勤 (1 名) ☐ 宿直 (名)
	<u>管理者</u> <u>氏名(千代松真佐子)</u>	☐ 専任 ☒ 兼務 (兼務の施設 訪問介護) 資格 (介護支援専門員・介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (15年 5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> <u>氏名(玉井淳子)</u>	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 (8年11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 (5名) 看護師 (0名) ヘルパー2級 (1名) その他 (1名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 6年9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 (0) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (0) 回 (理由) 人事異動 ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由) 退職により	

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。）

[illegible]

9) その他

協力医療機関名	医療法人淀井病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	☐ 職員として配置 ☒ 契約 (契約先名称 医療法人淀井病院)
運営推進会議の設置状況	☒ 有 ☐ 無 開催状況 (2ヶ月に 1回) メンバー構成 (役職等) 南2町会会長・地域民生委員・利用者家族 管理者・小規模多機能型居宅介護マルベリー管理者 (CM) 医療法人淀井病院事務長 介護老人保健施設桑の実副施設長 東住吉北地域包括支援センター職員
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。)	阿倍野区・東住吉区・生野区をはじめ、地域包括支援センター担 当者・消防署・町会などと情報交換や連携をはかりサービス向上 に努めている。
入居者家族会等の有無	☒ 有 ☐ 無
家族の面会時間の設定の有無	☐ 有 (時～ 時) ☒ 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	☐ 有 (具体的にご記入下さい。) ☒ 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 26年 7 月 15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。