

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 年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームおだやか高槻松が丘	<u>事業主体名</u>	株式会社おだやか
		<u>代表者名</u>	森 直人
		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 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症を有する入居者に対し、地域と共存し家庭的な環境の下、介護その他の生活を、お世話及び、機能訓練を行い、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう援助する。

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

- レ 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
- レ 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>	〒 569-1031 大阪府高槻市松が丘1丁目9番3号 TEL 072-687-8550 FAX 078-689-4800		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
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>	(木造) 造り (2階建ての 1, 2階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (372.23) m ² 延床面積 (345.56) m ² 1室当たりの居室面積 (7.44~7.45)
<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>		(42,000) 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 (1,790) 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	小口預り金より徴収する		実費
② おむつ代	小口預り金より徴収する		実費
③ その他	月末〆にてご家族に請求書を送付		1日 900円
・			
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (16 名) (男性 (3 名) 女性 (13 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 (5名)	要介護3 (4名)
	要介護4 (2名)	要介護5 (3名)	要支援2 (0名)
	年齢 (平均 歳)	(最低 歳)	(最高 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	認知症の症状を有し、要介護状態 (要支援2～要介護) であり、 身体的状態の安定している方。		
退居に当たっての条件	暴力行為など共同生活の継続が著しく困難になった場合、または入院 治療などで1か月以上介護サービスの提供が困難になった場合など。		
開設以来の退居者数	人数 (28) 人	退居先	
	主な理由		
	・ホーム、病院入院中に死亡	()	
	・長期入院	()	
	・家族の近隣施設へ転居	(グループホーム)	
	・暴力行為等に対応困難	(有料老人ホーム)	
	・認知症改善しほぼ自立状態になる	(有料老人ホーム)	

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。)

(A (ユニット名)	総数	(15 名)
		(内数) ・常勤 (専任 2名) (兼務 名) } 常勤換算 (5.2名)
		・非常勤 (13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	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 (1 名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
<u>管理者</u> 氏名 (大段 優子)	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 (介護福祉士、介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (15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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 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 (仁尾 和代)	介護支援専門員資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 (介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (12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) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (6 名) 看護師 (0名) その他 (介護支援専門員) (1 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 10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) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (1) 回 (理由) 退職の為 ② 計画作成担当者の交代回数 (2) 回 (理由) 他事業所へ移動の為 ③ 常勤職員の交代回数 (1) 回 (理由) 退職の為	

9) その他

協力医療機関名	啓友会 なかじま診療所、啓友クリニック、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 checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 うのはな訪問看護ステーション)
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) 民生委員 地域包括支援センター職員 自治会代表 入居者家族 グループホーム職員
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (8 時～ 20 時) <input 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。) 1か月に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 25 年 月 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。