

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 15日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム恵の家	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 白恵会
		<u>代表者名</u>	引地 啓子
		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 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

認知症の症状に伴う利用者に対して適切な介護を提供する。認知症の症状によって自立した生活が困難になっても家庭的な環境の下で心身の特性を踏まえ利用者の認知症の症状の緩和や悪化の防止を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活場面の介助や、機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。又利用者の意思・人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

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

☒ 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>		〒597-0052大阪府貝塚市窪田166-6	
		T E L 072-432-0226 F A X 072-432-0555	
交通の便（最寄りの交通機関等）		南海本線二色の浜駅 徒歩8分	
開設年月日	昭和・平成24年6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>		訪問看護ステーションパートナー恵	

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	☒ 単独型 ☐ 併設型
<u>建物構造</u>	(木造) 造り (1 階建ての 1 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (3 8 9 . 2 3) m ² 延床面積 (4 4 9 . 3 6) m ² 1 室当たりの居室面積 (8 . 4) 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>		（ 40,000 ）円	
敷金		☐ 有（ ）円 ☒ 無	
<u>保証金の有無（入居時一時金）</u>		☒ 有（ 200,000 ）円 ☐ 無	
	有りの場合 保全措置の内容	物品破損・損傷の場合の利用	
	有の場合償却の有無	☒ 有（期間：5年） ☐ 無	
<u>食材料費</u>		朝食（ 525 ）円 昼食（ 525 ）円 夕食（ 525 ）円 おやつ（ ）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	毎月1回（家賃と同日）	現金による徴収	実費
②おむつ代	毎月1回（家賃と同日）	現金による徴収	実費
③その他			
・光熱水費	毎月1回（家賃と同日）	現金による徴収	16,274
・個人消耗品、活動費	毎月1回（家賃と同日）	現金による徴収	実費
・医療機関の利用	医療機関より請求・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（ 15 名）（男性（ 1 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（ 1 名） 要介護2（ 2 名） 要介護3（ 5 名） 要介護4（ 2 名） 要介護5（ 5 名） 要支援2（ 0 名）	
	年齢（平均 85.4 歳）（最低 67 歳）（最高 97 歳）	
<u>利用に当たっての条件</u>	介護認定を受けているもの、認知症と診断されているもの、感染症であっても隔離の必要のない者	
退居に当たっての条件	他害行為を行う者、利用料金の支払いが正当な理由なく延滞し勧告しても支払いがない者、やむを得ず閉鎖、縮小するとき	
開設以来の退居者数	人数（ 13 ）人 主な理由 ・入院 9名 ・他施設入居 3名 ・死亡 1名 ・ ・	
	退居先 （病院） （特別養護老人ホーム） （ ） （ ） （ ）	

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。）

[illegible]

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	青山病院、萬田歯科
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 訪問看護ステーションパートナー恵)
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) 町会長、民生委員、包括支援センター職員、高齢介護課市職員 家族、入居者、管理者
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。)	運営推進委員会、グループホーム部会、随時電話連絡
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 11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。

