

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28年8月1日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム さくら荘	<u>事業主体名</u>	(有) エフ・エフ産業
		<u>代表者名</u>	羽原 貴恵
		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

目的：本事業は、認知症を有する高齢者が地域社会に密着しながら共同生活を行う中で、日常生活における援助を受けることにより、認知症状の進行を緩和し、健康で安全な生活を送るための支援を目的とする。

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>	〒590-0503 大阪府泉南市新家3566-4 TEL 072-480-2801 FAX 072-480-2802		
交通の便（最寄りの交通機関等）	JR阪和線 新家駅 徒歩10分		
開設年月日	昭和・平成15年4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>	(鉄骨陸屋根) 造り (2階建ての1階部分及び2階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (676, 67) m ² 延床面積 (402, 53) m ² 1室当たりの居室面積 (7,46~10,03) m ²
<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>		(34,000) 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (100,000) 円 <input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	入居1年未満で退去する場合、50,000円返金 入居2年未満で退去する場合、25,000円返金
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 2年) <input type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>		朝食 (360) 円 昼食 (490) 円 夕食 (410) 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	銀行又は、郵便局より口座振替	実費
② お む つ 代	銀行又は、郵便局より口座振替	実費
③ そ の 他	銀行又は、郵便局より口座振替	実費
・水道光熱費・管理費	銀行又は、郵便局より口座振替	11,000
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (17名) (男性 (2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 (1名) 要介護2 (5名) 要介護3 (7名) 要介護4 (3名) 要介護5 (1名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 87.6歳) (最低 76歳) (最高 98歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	認知症のある介護認定で要支援2～要介護5と認定された方 概ね身の自立ができており支障なく共同生活を送ることが出来る方
退居に当たっての条件	
開設以来の退居者数	人数 (56) 人 主な理由 ・病気の悪化 (羽原病院) ・本人・家族の希望 (亀寿の森) ・ () ・ () ・ ()

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) 2階 (総数	(10 名)
		(内数)・常勤(専任 7名) (兼務 1名) } 常勤換算(8.12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)
	管理者 氏名(三保谷富美代)	■専任 □兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員、介護福祉士、認知症ケア専門士) 認知症介護の経験年数(15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 () ()
計画作成担当者 氏名(玉城 徳子)	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格(介護福祉士、社会福祉主事) 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) ■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(1 名) 看護師(1 名) その他() (名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 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 (認知症介護実践研修) 受講済者(名) (旧基礎課程) 受講済者(1 名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (1) 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 (4) 回 (理由) 異動のため ③ 常勤職員の交代回数 () 回 (理由) 異動のため	

