

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31年1月1日)

2016.7. 改訂

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	事業所No.2796400105	<u>事業主体名</u>	愛のケア工房はるか
	グループホーム	<u>代表者名</u>	松田 朋子
	みんなのわが家はるか	研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
	Eメール @	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

利用者が家庭的な環境のもとでその能力や心身の特性に応じた自立した生活を送れるよう、必要な生活の援助や機能訓練を行う。また利用者が家族や地域と適切な関わり合いを持ち、季節を感得しながら生き生きと暮らせるよう、家族や地域とのコミュニケーションやふれあいの場作り、季節の行事やリクレーションなどを、利用者と職員が話し合いながら企画、実践して行く。利用者の意思と人格を尊重し、身体拘束に関しては、本人や他の利用者の身体や生命に危害が及ぶ緊急な状況がある場合以外は、しないものとする。

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

<input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input checked="" type="checkbox"/> 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>	〒590-0113 大阪府堺市南区晴美台3-9-5 T E L 072-284-7801 F A X 072-284-7802		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	泉北高速線「泉ヶ丘駅」から南海バス「槇塚台回り」もしくは「金剛駅ゆき」にてバス停「槇塚台三丁」下車 徒歩0分		
開設年月日	平成25年12月01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 (610.48) m ² 延床面積 (457.64) m ² 1室当たりの居室面積 (9.9) 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>		(55000) 円
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (200000) 円	<input 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 (310) 円 昼食 (515) 円 夕食 (515) 円 おやつ () 円 又は1日 (1340) 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	月末徴収	実費
②おむつ代	月末徴収	実費
③その他		
.		
.		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (4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 (0名) 要介護2 (2名) 要介護3 (9名)	
	要介護4 (4名) 要介護5 (3名) 要支援2 (名)	
	年齢 (平均 85.8歳) (最低 72歳) (最高 95歳)	
<u>利用に当たっての条件</u>	(1)要支援2以上の被保険者であり、認知症のある方。 (2)少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 (3)自傷他害の恐れがないこと。 (4)常時医療機関において治療をする必要がないこと。	
退居に当たっての条件	(1)要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合 (2)事業者が解散した場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を解散した場合 (3)事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合 (4)ご利用者から退所の申し出があった場合もしくは事業者から退所の申し出をおこなった場合	
退居者 開設以来 平成25年 12月 ~	人数 (10) 人 主な理由 ・医療ニーズが高くなったため ・ADL低下に伴い家族の希望 ・在宅復帰 ・死亡	退居先・死亡 (看取り) (療養型) (特養) (自宅) ()

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 2名) (兼務 1名) } 常勤換算 (6.2名)	
(2	階	※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 (田中賢次) <input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 同施設) 資格 (介護福祉士 介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (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 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 (キャリア段位制度等) (防火管理者) ()
			<u>計画作成担当者</u> 氏名 (森田絵里) 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 (21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) <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 ・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 (4名) 看護師 (0名) その他 () (名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 7年 6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 (1名) <input type="checkbox"/> 未受講 (7名) (実践リーダー研修) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 (1名) <input type="checkbox"/> 未受講 (7名) ・認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 (0名) <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 (8名) ・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		
	(直近5年)	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) ③ 常勤職員の交代回数 (3) 回 (理由) 退職 異動	

9) その他

協力医療機関名	馬場記念病院 高橋内科 筒井歯科
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 はるか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) 晴美台3丁目南自治会長 地域住民 大阪経済大学教授 GH高倉 地域包括支援センター職員 家族様 (概ね3名) 代表取締役 取締役 管理者 計画作成担当者
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。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (7時～ 21時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 30年 4月 26日
前回の調査機関名	大阪府社会福祉協議会

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。