

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28年9月14日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームまんじゅ	<u>事業主体名</u>	社会福祉法人 寺田萬寿会
		<u>代表者名</u>	理事長 松川 直道
		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

認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持及び向上に努める。また利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮し、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>	〒596-0078 岸和田市南上町二丁目5番6号 TEL 072-432-2412 FAX 072-432-2414		
交通の便（最寄りの交通機関等）	南海本線 蛸地蔵駅		
開設年月日	平成19年10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>	認知症対応型通所介護		

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) 造り (2階建ての 1,2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (629.27) m ² 延床面積 (666.99) m ² 1室当たりの居室面積 (9.45、7.45) 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、54000) 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 (300) 円	昼食 (500) 円
		夕食 (500) 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	現金		実費
② おむつ代	現金		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 (15 名) (男性 (3 名) 女性 (12 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 (4 名)	要介護3 (6 名)
	要介護4 (4 名)	要介護5 (名)	要支援2 (名)
	年齢 (平均 89.8 歳) (最低 80 歳) (最高 99 歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>	「要支援2および要介護1~3」と認定され、かつ医師からの認知症診断がある方。少人数による共同生活に支障がない方。ご自宅での生活の継続が困難な方。感染症(結核・疥癬など)の方、人工透析、インシュリン注射、IVHを受けている方、吸引が必要な方、経管栄養、酸素をしている方は対象外とさせていただきます		
退居に当たっての条件			
開設以来の退居者数	人数 (34) 人		
	主な理由	退居先	
	・ 入院	(寺田萬寿病院)	
	・ 他施設入所	(ケアネット徳洲会)	
	・	(桜丘安心ハウス)	
	・	()	
	・	()	

9) その他

協力医療機関名	寺田萬寿病院
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称)
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ヶ月に 回) メンバー構成 (役職等) ・グループホーム利用者、利用者の家族様 ・小規模利用者、利用者の家族、 ・24時間定期巡回利用者、利用者の家族様 ・地域代表 ・行政の役員 ・知見者 ・事業者職員
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 type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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。) 2ヶ月に一回、2名の相談員の受け入れをし、意見交換等をしている。 <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 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。