

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24 年3 月1 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホーム いちょうの家	<u>事業主体名</u>	株式会社 アップワード
		<u>代表者名</u>	上野 博司
		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

利用者の心身機能の維持、向上、家族の身体的・精神的負担軽減を図りサービスの提供に努め利用者の残存機能を活かし自発性を促し自立支援を行います。権利を尊重し礼節と尊厳をもち住み慣れた地域の中で交流を図り家庭的な温かい空間で安心して穏やかな暮らしが提供できるように努めます。

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>	〒590-0142 大阪府堺市南区檜尾550番地 T E L 072-294-0170 F A X 072-294-0095		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	南海高野線 泉北高速鉄道 榎・美木多駅 下車徒歩5分		
開設年月日	平成15 年8 月1 日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(3) ユニット 利用定員 (27) 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>	ケアプランセンター アップワード デイサービスセンター すこやかさん		

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>	(鉄筋耐火構造) 造り (4 階建ての2.3.4 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (2478.11) m ² 延床面積 (1382.65) m ² 1室当たりの居室面積 (10.86) 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>		(40,000) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (280,000) 円 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (期間 : 3ヶ月) <input type="checkbox"/> 無
<u>食 材 料 費</u>		朝食 (400) 円 昼食 (500) 円 夕食 (500) 円 おやつ (100) 円 又は1日 (1500) 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	実費徴収	
② お む つ 代	実費徴収	
③ そ の 他	実費徴収	
④ 水道光熱費	月末締め振込	400円/日
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (27 名) (男性 (7 名) 女性 (20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 (10 名) 要介護3 (8 名) 要介護4 (2 名) 要介護5 (6 名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 83.7 歳) (最低 67 歳) (最高 86 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要支援2、要介護1以上の被認定者で認知症の状態にあり少人数による生活に支障がなく自傷他傷行為の恐れがなく常時医療行為ないこと
退居に当たっての条件	要介護認定で自立、要支援1と認定された場合。契約書 (終了、解約) に該当する場合。
開設以来の退居者数	人数 (54) 人 主な理由 <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅復帰 (自宅・ケアハウス) ・ 他施設入所 (特養、療養型) ・ 入院 (病院) ・ 死亡 () ・ ()

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	(9 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 6 名) (兼務 3 名) } 常勤換算 (6.9 名) ・非常勤 (1 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) (160時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(6.9 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 (山下志津代)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ケアプランセンターアップワード) 資格 (介護支援専門員、介護福祉士) 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) <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 (内藤真由美)	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 (6 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) <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 ・ 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 (3 名) 看護師 (1 名) その他 (ヘルパー2級) (4 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 7 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) <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 type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <input 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 (高齢者虐待、身体拘束) 受講済者 (1 名) (感染症) 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) 人事移動のため ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 人事移動のため ③ 常勤職員の交代回数 (0) 回 (理由)	

9) その他

協力医療機関名	国頭医院・せこぐち歯科・ベルランド総合病院・馬場記念病院
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 1 回) メンバー構成 (役職等) 入居者様、家族様、地区民生委員、南地域包括支援センター 他事業所代表者、自治会長、ホーム管理者、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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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。) <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 22 年 6 月 17 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。

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)	総数	(9 名)
		(内数)・常勤(専任 3名 兼務 6名) } 常勤換算(6.9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)(160時間)÷40時間=常勤換算数(6.9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(山下志津代)	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設 ケアプランセンターアップワード) 資格(介護支援専門員、介護福祉士) 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) <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(西田貴昭)	介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 他の資格(ヘルパー2級) 認知症介護の経験年数(7 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) <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 type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (小規模多機能型計画作成者) (管理者研修)	
その他の職員	資格 介護福祉士(4 名) 看護師(1 名) その他(ヘルパー2級) (4 名) 認知症高齢者のケアの経験年数(平均 4 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) <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 type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <input 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 (高齢者虐待、身体拘) 受講済者(1 名) (感染症) 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) 人事移動のため 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 (1) 回 (理由) 退職のため	

