

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27年3月25日)

### 1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	ピグマリオン 豊中桜ノ庄	<u>事業主体名</u>	株式会社 ピグマリオン
		<u>代表者名</u>	中辻 剛
		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) 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、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄などの日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練をおこなう事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援する事を目的とする。

(方針) 本事業において提供するサービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。また、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、個別の介護計画を作成する事により、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。

### 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>	〒561-0834 豊中市庄内栄町2-11-5 TEL 06-6332-7888 FAX 06-6332-7878		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	阪急宝塚線「庄内」駅下車徒歩15分		
開設年月日	昭和・平成26年3月1日	<u>ユニット数</u>	( 2 ) ユニット 利用定員 ( 18 ) 人
		<u>と利用定員</u>	
<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 )

広 さ	敷地面積 ( 9 6 6 . 0 8 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 6 1 1 . 8 2 ) m <sup>2</sup> 1室当たりの居室面積 ( 9 . 5 5 ) m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

家 賃 ( 月 額 )	( 7 8 , 0 0 0 ) 円
敷 金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3 2 0 , 0 0 0 ) 円 <input type="checkbox"/> 無
保証金の有無(入居時一時金)	<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 有 ( 期 間 : ) <input checked="" type="checkbox"/> 無
食 材 料 費	朝 食 ( 2 0 0 ) 円 昼 食 ( 4 5 0 ) 円 夕 食 ( 5 5 0 ) 円 おやつ ( 1 0 0 ) 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	1ヶ月毎に利用分を翌月請求。現金もしくは指定口座からの引き落としとする。 実費
②お む つ 代	1ヶ月毎に利用分を翌月請求。現金もしくは指定口座からの引き落としとする。 100円/枚
③趣味にかかわる特別なレクリエーション代	1ヶ月毎に利用分を翌月請求。現金もしくは指定口座からの引き落としとする。 実費
④外出・外食または嗜好に関する物品の購入	1ヶ月毎に利用分を翌月請求。現金もしくは指定口座からの引き落としとする。 実費
.	
.	

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 ( 1 8 名 ) ( 男性 ( 4 名 ) 女性 ( 1 4 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 ( 3 名 ) 要介護3 ( 9 名 ) 要介護4 ( 3 名 ) 要介護5 ( 1 名 ) 要支援2 ( 1 名 )
	年齢 ( 平均 8 6 . 4 歳 ) ( 最低 7 7 歳 ) ( 最高 9 8 歳 )
利用に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援以上の認定者であり、かつ認知症の状態にあること</li> <li>・ 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと</li> <li>・ 自傷他害の恐れがないこと</li> <li>・ 常時医療機関において治療する必要がないこと</li> <li>・ サービス従業者又は他の利用者に対して、迷惑行為を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行わないこと</li> </ul>





その他の職員	資格 介護福祉士（ 0名） 看護師（ 0名） その他（介護職員初任者研修）（ 2名） 認知症高齢者のケアの経験年数（平均 3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 checked="" type="checkbox"/> 未受講 ・認知症介護指導者研修 <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 （喀痰吸引等研修 ） 受講済者（ 2名） （介護職員初任者研修 ） 受講済者（ 2名）
職員の交代状況	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（ 1）回 （理由） ③ 常勤職員の交代回数（ 4）回 （理由）異動、退職の為

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	・独立行政法人国立病院機構 刀根山病院 ・医療法人 前防医院 ・小林医院 ・天羽クリニック ・医療法人聖翔会 リー・デンタルクリニック ・グリーンメディック
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 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 月に 1 回） メンバー構成（役職等） ・鈴木行子（島田校区社会福祉協議会） ・近藤洋子（島田民生・児童委員） ・濱本浩行（庄内地域包括支援センター） ・田中知之（豊中市高齢施策課） ・信原知子（豊中市社会福祉協議会）
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 <sup>注)</sup> 等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有（具体的にご記入下さい。） 毎月1回2名で来所される。入所者様とお話しされ、要望や意見などを聞き取ってくれている。 <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。